

Szegedi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar  
Neveléstudományi Doktori Iskola

Devosa Iván

**A KORTÁRSSEGÍTÉS HATÉKONYSÁGÁNAK  
VIZSGÁLATA A REPRODUKTÍV EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ  
MUNKÁBAN, ÉS AZ EREDMÉNYEK ALAPJÁN  
KIALAKÍTOTT ARIADNÉ TÖBBGENERÁCIÓS  
EGÉSZSÉGFEJLESZTŐ PROGRAM ISMERTETÉSE**

PhD értekezés

**Témavezető: Dr. habil Barabás Katalin**



Egészségnevelés doktori program

Szeged, 2017

# Tartalomjegyzék

Tartalomjegyzék .....	2
Rövidítések jegyzéke.....	5
Bevezetés.....	6
1. Az egészség, egészségfejlesztés foglmainak értelmezése a kortárssegítés aspektusából .....	8
1.1. Bevezetés .....	8
1.1.1. Az egészség definíciójának fejlődése, egészségmodellek .....	9
1.1.2. Az egészségfejlesztés egészségképe .....	11
1.1.3. Az egészségműveltség fogalmának meghatározása.....	12
1.1.4. A fiatalkorúak egészségműveltségének szociális ökológiai modellje	18
1.2. Egészségnevelés, egészségfejlesztés .....	21
1.2.1. Egészségnevelés, egészségmegőrzés és egészségfejlesztés .....	21
1.2.2. Az egészségfejlesztés fogalmának értelmezése .....	25
1.2.3. Az egészségfejlesztő tevékenység etikai háttere.....	27
1.3. Egészségmagatartás .....	28
1.3.1. Az egészségmagatartás fogalma .....	28
1.3.2. Preventív és protektív viselkedés .....	29
1.4. A fiatalok reprodukív magatartásának fejlesztése .....	32
1.4.1. A nemi, azaz a szexuális nevelés céljai, módszerei .....	32
1.4.2. A progresszív nemi nevelés, nemi funkciók ápolása és fejlesztése ...	35
1.4.3. A Szexológiai Világszövetség nyilatkozata a nemi jogokról.....	38
1.5. Egészségnevelők, kortárssegítők .....	40
1.5.1. Az egészséges magatartásra nevelőkkel szembeni elvárások .....	40
1.5.2. Egészségnevelés, egészségmegőrzés az iskolában .....	42
1.6. A kortárssegítés elméleti háttere .....	44
1.6.1. A kortárssegítő oktatás kezdetei az angolszász területeken.....	44
1.6.2. A kortárssegítés alkalmazásának helyszínei .....	45
1.6.3. A kortárssegítő oktatás módszerei .....	46

1.6.4. A kortárssegítő oktatás alkalmazásának előnyei.....	46
1.7. Az adolescens korú fiatalok reprodukciós egészsége és a tinédzserkori terhességek alakulása az Európai Unióban a „REPROSTAT 3” adatok elemzése alapján, illetve Magyarországon .....	56
1.7.1. A szexuális élet kezdetének időpontja az Európai Unióban .....	56
1.7.2. Fogamzásgátló szerek használata a 15 évesek körében .....	57
1.7.3. A tinédzserkori terhességek alakulása az Európai Unióban .....	57
1.7.4. A magyarországi helyzetkép.....	58
2. Kétfázisú empirikus vizsgálat a szexuális kockázatvállalásról a szegedi egyetemi hallgatók körében.....	61
2.1. Bevezetés .....	61
2.2. Hipotézisek .....	62
2.3. Minta, módszer és mérőeszközök.....	63
2.3.1. Vizsgálati populáció .....	63
2.3.2. Mérőeszközök.....	63
2.3.3. Statisztikai módszer .....	65
2.4.1. Vizsgálati eredmények az I. fázisban .....	65
2.4.2. Vizsgálati eredmények az II. fázisban .....	79
2.6. Hipotézisek megválaszolása .....	115
3. A saját fejlesztésű “Ariadné” három generációs egészségfejlesztő program bemutatása .....	122
3.1. Bevezetés .....	122
3.1.1. Az Szegedi Tudományegyetemen 2013-ban megvalósult projekt... 124	
3.1.2. A TANTU(d)SZ, 2015-ben induló Eduvital projekt.....	125
3.2. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program céljai.....	127
3.2.1. A program reprodukzív egészségfejlesztésre kidolgozandó kurrikulumának tervezete.....	129
3.2.2. A szexuális egészségfejlesztés kurrikulumában megvalósítandó kurzusok.....	130
3.2.3. A szexuális egészségfejlesztés kurrikulumához kialakítandó multiprofessionális team .....	131

3.2.4. A szexuális egészségfejlesztés kurrikulumának hatékonyságvizsgálata.....	132
3.2.5. A program tervezett implementálása .....	133
3.3. Az Ariadné három generációs egészségfejlesztő program megvalósításának helyszínei .....	134
3.3.1. Egyetemi szint: Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar ...	135
3.3.2. Közoktatási szint: Szegedi Bonifert Domonkos Általános Iskola (mint a NJE-PK referenciaiskolája).....	137
3.4. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program folyamatábrája .....	137
3.5. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program már megvalósított eredményei és további tervezete .....	139
3. 6. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program további tervezett lépései .....	140
3.7. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program társadalmi beágyazottsága, megvalósíthatósága .....	141
4. Diskusszió.....	142
Köszönetnyilvánítás .....	147
Irodalomjegyzék.....	148
Ábrajegyzék.....	169
Mellékletek .....	174
1. melléklet: az 1. fázis kérdőíve .....	174
2. melléklet: a 2. fázis kérdőíve .....	179
3. melléklet: SZTE ÁOK és NJE-PK EEK Ariadné visszajelző lap .....	209
4. melléklet: R4A 1.0: saját fejlesztésű Real Randomization for Representative Research Application.....	211

## **Rövidítések jegyzéke**

**AOR** Kockázati esélyhányados

**ÁOK** Általános Orvostudományi Kar

**EC** Emergency Contraception, azaz a sürgősségi fogamzásgátlás

**EEK** Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport

**KF** Kecskeméti Főiskola

**KI** Konfidencia intervallum

**NJE** Neumann János Egyetem, Kecskemét

**OEFI** Országos Egészségfejlesztési Intézet

**OEK** Országos Epidemiológiai Központ

**PAE** Pallasz Athéné Egyetem, Kecskemét

**PK** Pedagógusképző Kar

**STI** Szexuális úton átvihető infekciók

**SZTE** Szegedi Tudományegyetem

**TFK** Tanítóképző Főiskolai Kar

**WHO** Egészségügyi Világszervezet

## Bevezetés

Az egészséges ifjúság a magyar társadalom jövőjének záloga. Az új, fiatal nemzedék egészségének megőrzése, fejlesztése mindannyiunk közös feladata, felelőssége. Az iskolai egészségnevelés lehetővé teszi, hogy a tanulók ismereteket, készségeket sajátítsanak el többek között a kiegyensúlyozott táplálkozás (Szabó és Pikó, 2017), az örömszerző mozgás, a biztonságos szexualitás, a harmonikus családi élet, az egészséges környezet témaköréből. Ezen ismeretek oktatása és készségek elsajátíttatása egyaránt kihívást jelent a tanár és a diák számára. Az oktatás sikerének feltétele, hogy az iskola vezetése és tanárai elkötelezettek legyenek az egészségfejlesztés iránt. Ennek megvalósulása a hagyományos oktatási szisztéma helyett rugalmas alkalmazkodást kíván a kialakult igényekhez igazodva: a gyermekek életkorának előrehaladtával a kortársak szerepe egyre jobban felértékelődik, így az információátadásban, az egészségmagatartás kialakításában a kortárs oktatók is hatékonyan vehetnek részt. A hatékony oktatás eredménye hosszú távra meghatározza a diákok és környezetük egészségmagatartását, életmódját, így végső soron az egészségi állapotát. A 2016-os egészségjelentés is megfogalmazza, hogy a fiatalokra koncentrált programok hatékonyabbak (Varsányi, 2017).

A Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézet vezetésével már a nyolcvanas évek végétől szervezetenként kortárs egészségfejlesztők felkészítése folyik, amelyben mint hallgató magam is részt vettem, aktív egészségfejlesztőként – számos előadást tartva – kiképzett kortárs oktató társaimmal egyetemben, akikkel elsősorban a szegedi általános és középiskolák számára nyújtottunk segítséget. A kortárssegítőkből – jellemzően orvostanhallgatókból – álló egészségfejlesztők munkája ismert és elismert mind a mai napig. Feldolgozott témáik között szerepel a dohányzás, az alkoholfogyasztás és az egyéb függőségek elleni fellépés, valamint kiemelt terület a családi életre nevelés, ezen belül a reprodukív egészségfejlesztés, melynek szerves része a szexuális ismeretek kibővítése, a biztonságos szexuális viselkedés kialakítása. Ez utóbbi témakör kiemelt szerepét az indokolja, hogy 2001 és 2012 között hazánkban a vérbaj (syphilis) incidenciája, azaz az új esetek száma enyhébben, a gonorrhoea és Chlamydia fertőzések száma, akárcsak az új HIV fertőzések száma pedig erősebben növekedett. Ezen felül a fiatalok művi terhesség megszakításának adatai még mindig aggodalomra adnak okot.

Már a kezdetekkor sok kérdés merült fel: többek között mennyire hatékony a kortárssegítő munkája? Mennyire sikeres az ismeretátadás? Milyen mértékben változtatja meg a tanulók attitűdjét az egészségfejlesztő foglalkozás? Vajon fejlődik-e a diákok természettudományos, kommunikációs és szociális kompetenciája (European Council, 2006)? Ha igen, a változás mennyire tartós? Tartós-e annyira, hogy befolyásolja a későbbiekben a szexuális viselkedésüket, a párválasztásukat, illetve gyermekvállalásukat? Az említett kérdéseket már több

kutatási sorozatban vizsgálták, azonban mi kimondottan a magyar kortárssegítők által elért eredményekre voltunk – és vagyunk – kíváncsiak, hiszen csak akkor lehet hatékony az egészségfejlesztés, ha a helyi szokásokat, értékeket figyelembe véve szólítja meg a közösség tagjait. A kutatásunk azért is fontos, mivel a szexuális attitűdök vizsgálatának területén Magyarországon nagy az elmaradás a nyugati országokhoz képest (Szilágyi, 2004) mind a mai napig (Forrai, 2015). Emellett a komplex egészségfejlesztő programok a sem kívánt hatásfokúak (Járomi és Kimmel, 2017), pedig már több jelentés is felhívta a figyelmet erre a problémára (Formanek-Balku, 2017), melynek komoly gazdasági kihatásai is vannak mind egyéni, mind társadalmi szinten (Járomi, 2017).

A disszertációban áttekintem kortárssegítés területét és bemutatok néhányat az eddigi jelentősebb kutatások közül, melyeket e témakörben végeztek, illetve ezek eredményeit összehasonlítom a saját empirikus kutatásom eredményeivel, végül ismertetem az eredmények alapján általam kidolgozott egészségfejlesztő programot. A végső cél, hogy miután megismertük a régiókban folyó reprodukív egészségnevelés hatékonyságát, feltárjuk annak vulnerábilis pontjait lehetőséget teremtve a kortárssegítők hatékonyabb kurrikulumának kidolgozásához. A disszertációban első lépésként az egészségfejlesztéssel kapcsolatos fogalmakat és azok felhasználását ismertetem, majd a kortárssegítés bemutatása következik a hazai és nemzetközi szakirodalom alapján. A következő nagyobb egység a saját kutatás bemutatására vállalkozik, mely két fázisból áll: a 2009-2010-es Magyar Család és Nővédelmi Tudományos Társaság (MCSNTT) nemzetközi átfogó kutatásához kapcsolódóan készített keresztmetszeti felmérés értékeléséből, majd az ebből származó eredmények és azok publikálása során felmerült kérdésekre kidolgozott 2010-2011-es kutatás ismertetéséből; illetve az ezekből nyert eredményeink elemzéséből. A harmadik (záró) egység az eredmények szakirodalmi kontextusba történő elhelyezéséről, a konkrét felhasználhatóságról és mindezek mellett a további lehetséges kutatásokról szól, illetve bemutatásra kerül az általam tervezett ARIADNÉ Többgenerációs Egészségfejlesztési Program, melynek (első) megvalósítási helyszíne a kecskeméti Neumann János Egyetem Pedagógusképző Kara és annak gyakorló iskolája.

# 1. Az egészség, egészségfejlesztés fogalmainak értelmezése a kortárssegítés aspektusából

## 1.1. Bevezetés

A felnőtt lakosság egészségmutatói folyamatosan romlanak a 60-as évek végétől egészen 1993-ig (Aszmann, 2008). 1996-tól már némileg jobb értéket mutat a születéskor várható élettartam, ám több országhoz viszonyítva még mindig nagyon rossz, ezen felül a lakosság is negatívan ítéli meg saját egészségi állapotát (Ádány, 2003). A betegségek kialakulásáért főként az életmódbeli és a környezeti károsító tényezők tehetők felelőssé: 15%-ban az egészségügyi ellátó rendszer működése; 20%-ban genetikai tulajdonságok; 30%-ban környezeti tényezők; 35%-ban életmód befolyásolja az egyén egészségét (Hamy és Pucskó, 2008). Környezet alatt nemcsak a fizikai tényezők (a talaj-, víz- és levegőszennyeződés, a zaj és a zsúfoltság) értendők (Csizmadia, 2017a), hanem ide tartoznak a pszichoszociális veszélyeztető tényezők is, úgymint az alacsony életszínvonal, a kirívó társadalmi és vagyoni egyenlőtlenségek, az idős kor (Csizmadia, 2017b) és a társas környezet támogató szerepének gyengülése (Aszmann, 2003).

Az egyre fokozódó társadalmi változások, illetve az életkilátások bizonytalansága társadalmi feszültségeket eredményez, a személyek teherbírását próbára tevő tehernövekedés pedig betegségek és életmódbeli devianciák megjelenéséhez vezet. A környezet minőségéért szintén az ember magatartása tehető felelőssé, mind lokális, mind globális értelemben (Schmatovich, 2012).

Az egészség definiálása előtt fontos a jóllét (well-being) és a jólét (welfare) fogalmának különválasztása. A jólét (welfare) az anyagi javak gyarapodásához kötődik, míg a jóllét (well-being) a fentieken túl immateriális javakat és az egyén számára szubjektív elemeket is magába foglal (például boldogság, elégedettség). (Pomázi, 2010). Falus András (2015) tanulmányában rámutat, hogy ma már a primer prevenció lehetőséget nyújt az epigenetikai hatások módosítására is korai életmódváltás elősegítésével, így jelentősége minden eddiginél komolyabb.

A fejezetben áttekintem az egészségnevelés, egészségfejlesztés és egészségmagatartás fogalmának fejlődését, illetve ehhez kapcsolódóan az egészségnevelés, egészségfejlesztés módszereit (a reprodukív egészségnevelésre koncentrálna). A fejezet második felében a kortárssegítők és az általuk végzett egészségfejlesztő munka kerül bemutatásra a reprodukív egészségnevelés szemszögéből.



### ***1.1.1. Az egészség definíciójának fejlődése, egészségmodellek***

Egy tudományterület megismeréséhez elengedhetetlen az adott terület alapvető foglmainak pontos meghatározása, ezen kívül tisztában kell lenni a fogalmak úgynevezett operacionalizált definíciójával is, amely egyértelműen megadja a kutatni kívánt terület határait. Ezek a fogalmak folyamatosan változnak, és érdemes megkülönböztetni a laikusok által használt fogalomrendszert a professzionális egészségfejlesztő szakemberek által használt fogalomrendszertől (Nagy és Barabás, 2011). Az egészség fogalma mindig tükrözi az aktuális egészségtudományi felfogást, és ötvözi a kulturális, társadalmi felfogást is a szakmai megfogalmazással. Az egészségfogalom megismerése fontos az egészséget megtartó tevékenységek megértéséhez, illetve azok dinamikájának feltárásához. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1946-os megfogalmazása szerint: „az egészség nem csupán a betegség hiánya, hanem a testi, lelki, szociális jóllét állapota”. Ez a megfogalmazás holisztikusan definiálja az egészséget (Quesnel-Vallée, 2007 idézi Nagy és Barabás, 2011). Az egészség pozitív definíciója viszont a jó közérzetre és a jóllétre helyezi a hangsúlyt. Az egészség fogalmát sokszor torzítják hiedelmek, dogmák (Pikó, 2005 idézi Nagy és Barabás, 2011; Kósa, 2006a idézi Nagy és Barabás, 2011), melyek megvitatásától az egészségfejlesztő tevékenység során nem lehet eltekinteni, illetve ugyanilyen fontos, hogy területi (településbeni), társadalmi és szociokulturális eltérésekből adódó különbségek figyelembevétele (Zhang, 2011).

Az 1986-ban az Ottawai Egészségfejlesztési Chartában megfogalmazott definíció alapján: „az egészség a mindennapi élethez szükséges erőforrás és nem életcél. Biztosítja az egyéni és társadalmi létfeltételeket és a fizikai teljesítőképességet, továbbá hangsúlyozza az egyén felelősségét is” (Ottawai Egészségfejlesztési Charta, 1986). Ennek a gondolatnak továbbfejlesztése a WHO Jakartai Nyilatkozata (1997), amiben a „Szocio-ökológiai modell” szerepel, amely a külső környezeti tényezők, az egyéni viselkedési tényezők valamint a személyes tényezők együtthatásaként határozza meg az egészséget.

Az egyén egészségi állapotát tehát a társadalmi tényezők, a fizikai környezet, illetve az egyén magatartása, tudása, tapasztalatai egyaránt befolyásolják. Összalakossági szinten négy tényező határozza meg az egészségi állapotot: az öröklött tulajdonságok (20%), az életmód (35%), a különböző környezeti hatások (30%), és az egészségügyi ellátás (15%) (Simon, 2006a)

Az egészség témakörét feldolgozó szakértők egyre komplexebb, egyre plasztikusabb megfogalmazásra törekedtek. Ezek közül a legfontosabbak:

- A Seedhouse (1995) által képviselt naturalista megközelítés, ahol az egészség a megfelelően működő szervrendszerrel azonosítható.
- A Dr. Kovács József (2006) normativista megközelítés, aminek alapja a társadalmi normáknak való megfelelés (főképp pszichiátriai betegek esetén van ennek jelentősége). Elekes (2011) ezt azzal egészíti ki, hogy a minimálisnál már jobban alkalmazkodót is egészségesnek tekinti.

- *Parson* (1972) által is képviselt szociokulturális megközelítés a leggyakoribb a filozófusok körében, miszerint az egészségi állapotot meghatározzák szomatikus, szociális és pszichológiai tényezők.
- A laikus megközelítés szempontjából három alapvető egészség-filozófia ismert (*Herzlich* 1973 idézi *Szántó* 2005, 23):
- A betegség, mint romboló erő: az addigi tevékeny életmódot fel kell adnia.
- A betegség, mint elfoglaltság: aktív szerepet vállalnak a mihamarabbi gyógyulásért.
- A betegség, mint felszabadító erő: kikerül a mindennapok stresszes helyzeteiből.

Az egyén kora, neme, társadalmi helyzete, vallása, szubkulturális és etnikai hovatartozása, társas támogatottsága, a pszichológiai jellemzői, emellett az egészséggel, a munkával, a családdal, stb. összefüggő értékek és célok alakítják ki az egyén aktuális betegségfilozófiáját. (*Augé és Herzlich*, 1995 idézi *Szántó* 2005, 24)

Az egészség kérdését a medicina szemszögéből vizsgálva három vezető medikális modellt különböztethetünk meg: az „alkalmazott orvosi modell”, a „holisztikus modell”, és a „wellness modell”.

A három modell közötti különbség abban rejlik, hogy a betegben mennyire az embert látja, vagy a csak a problémát nézi. Az alkalmazott orvosi modell mintegy „hibás gépre” (*Nagy és Barabás*, 2011) tekint az emberre, így a prevenció fontosságát elutasítja, kizárólag a mortalitási és morbiditási adatokra alapoz. Ez a definíció a mindennapi tevékenységekben való részvétel képességét hangsúlyozza, így talán a legközelebb áll a mindennapos egészségfelfogáshoz (*Kapocsi*, 2008).

A holisztikus modell az egészség medikális egészségfogalmát jeleníti meg. Később a holisztikus modell kibővült orvosi szempontból, és felvázolták a pozitív egészség fogalmát (*Krieger*, 2001 idézi *Nagy és Barabás*, 2011). A WHO holisztikus modell meghatározása sokáig úgy tűnt, objektíven nem mérhető: senki sem tudta megmondani, mily módon lehet mérni az egészség mértékét (*Krieger*, 2001 idézi *Nagy és Barabás*, 2011). Összefoglalva: a teljes lakosságra alkalmazva a holisztikus modell a népesség a jóllétének állapotát vizsgálja egészében (*Quesnel-Vallée*, 2007 idézi *Nagy és Barabás*, 2011).

A wellness modell, azaz a jóllét-modell szerint az egészség egy dinamikus modellel írható le, úgy mint egy folyamat vagy erő (*Eberst*, 1984 idézi *Nagy és Barabás*, 2011, WHO 1984).

A kapcsolódó definíciók az egészséget az alkalmazkodóképesség tükrében vizsgálták (például „képesek az egyének, családok, csoportok és közösségek sikeresen megbirkózni várható jelentős csapásokkal vagy kockázatokkal”) (*Vingilis és Sarkella*, 1997 idézi *Nagy és Barabás*, 2011). A lakosság egészségének meghatározására alkalmazott definíció olyan elemeket tartalmaz, mint például a hatékonyság, amellyel a lakosság alkalmazkodik a változó

gazdasági realitásokhoz vagy a természeti katasztrófákhoz (Nagy és Barabás, 2011). A modellek hátránya az, hogy ezek az elképzelések túl távan értelmezik az egészség fogalmát, így nem lehet világos különbséget tenni az egészséges állapot, és az egészséges állapotból származó következmények között. Például a szociális egészséget meghatározó tényezőnek lehet tekinteni vagy csupán indikátornak (Vingilis és Sarkella, 1997 idézi Nagy és Barabás, 2011).

Az egészségfogalom az egészségfejlesztési tevékenység aspektusából definiálva:

„Az egészség az egészségfejlesztés összefüggéseit tekintve: az egészség nem valamiféle elvont állapot, hanem eszköz valamilyen végcél eléréséhez, amely a cselekvőképesség tekintetében úgy fogható fel, mint erőforrás, amely lehetővé teszi az emberek számára, hogy egyénileg, társadalmilag és gazdaságilag is termékeny életet éljenek” (Health Promotion Glossary WHO, 1998, 56 idézi Nagy és Barabás, 2011).

Összegezve: objektíven nem létezik egészség és betegség, mert mindkét fogalomnak csak az emberi értékrend fényében van értelme (Reznek, 1987 idézi Nagy és Barabás, 2011), ezért az egészséget holisztikus egészségmodellben kell szemlélni (Aggleton és Homans, 1987 idézi Nagy és Barabás, 2011; Ewles és Simnett, 1999; Naidoo és Wills, 1999). A jövőbeli egészségmagatartás kutatásának célja a laikus definíciók feltárása, és annak keresése, hogy azok hasonlítanak vagy különböznek a szakértői formáktól (Nagy és Barabás, 2011), illetve ebből adódóan a jelenlegi rossz mortalitási és morbiditási eredmények csökkentése a hatékonyabb kommunikáció révén (Feith, Melichner és Falus, 2015).

### **1.1.2. Az egészségfejlesztés egészségképe**

A szakértők szerint az egyik legfontosabb, hogy az egészségfejlesztéssel foglalkozó egészségnevelőnek az egészségről alkotott fogalma a lehető legátfogóbb legyen. A 2007. április 7-én megrendezésre került Egészségügyi Világnap WHO jelmondata a következő volt: „Egészséged gazdagítva építs biztos jövőt!”. Ehhez további négy gondolat tartozik:

- „az egészséget fenyegető veszélyek nem ismernek határokat;
- a nem megfelelő biztonság gyenge egészséghez vezet;
- a jólfelkészültség és a gyors reagálókészség segíti a nemzetközi egészségügyi biztonságot;
- az Egészségügyi Világszervezet arra törekszik, hogy biztonságosabbá tegye a világot” (Simon, 2007).

Nem nehéz belátnunk, hogy a fenti értékek és gondolatok megértése, elfogadása, illetve közvetítése az egészségfejlesztők számára alapvetően fontos, ugyanis enélkül elképzelhetetlen a hatékony egészségfejlesztő munka (Simon, 2006a). Az egészségfejlesztő az életmód területén is érhet el eredményeket, hiszen

páratlan lehetősége nyílik, hogy az egészséges életmód fontosságára felhívja a figyelmet, megtanítsa hogyan „gazdagíthatjuk egészségünket”, illetve kialakíthatja azt a kíváncsi felfogást, miszerint az egészség az ember értéke, mintegy magántulajdona (Simon, 2006b). Ezt az elvet követi a 2016-ban már futó „TANTUdSZ – Tanulj, tanítsd, tudd!” egészségfejlesztési program is (Feith, Melichner és Falus, 2015).

Az egészség értéként, magántulajdonként való szemléte lehet az alapja annak, hogy az egyén aktívan tegyen annak megtartásáért. Ha valamit nem tartunk értéknek, akkor azért nem vagyunk hajlandók áldozatokat hozni (nem diétázunk, nem sportolunk), arra nem vigyázunk. Ennek következménye, illetve az ismeretek hiányának az eredménye a jelenlegi tragikusan rossz egészségi állapot lesz, mint az kiderült több vizsgálatból is. 1999-ben és 2000-ben iskolai tanulók, 2006-ban pedagógusok körében végzett vizsgálatok során egészséggel kapcsolatos ismereteket mértek fel a Prof. Dr. Simon Tamás által kidolgozott „Egészséges életmód 12 pontja” segítségével (Simon és mtsai, 2007). A 2006-os felmérésben 354 szülőkorú fiatal felnőttet vizsgáltak meg. A megállapításaikból látható, hogy azokat az egészségvédő faktorokat, amiket a média hangsúlyoz, nagyon vagy elfogadhatóan jól ismerik: az „egészséges táplálkozás”, a „több mozgás” kiemelt ismerettséggel bír, a „stressztűrés”, a „nem-dohányzás”, a „kevesebb alkohol” fontosságának ismerete már kisebb, de még elfogadható szintű. Azonban a „drogtagadás”, a „környezet tisztelete”, a „kiegyensúlyozott szexualitás” már csak 20%-ban kerül megemlítésre. Riasztó adat, hogy még ezt az eredményt sem érte el az „időben való orvoshoz fordulás”, „az egészségüggyel való együttműködés”, illetve a „balesetmegelőzés” említettsége: tehát egy komoly hiátus látszik elsősorban az egészséget védő preventív ismeretekben, mely mind a mai napig fennáll (Nagy Barbara, 2017).

Már Veatch (1989) is komoly jelentőséget tulajdonított a multikazuális egészségértelmezésnek, mely az embert a maga testi és lelki mivoltának egységében fogja fel, hiszen így együttesen érvényesíti a biomedikális és bioszociális magyarázatokat (Kapocsi, 2008). Ahhoz, hogy az egyén tudatában legyen az egészséggel kapcsolatos ismereteknek és ezeket aktívan alkalmazza is, az egészségműveltség szintjét kell fejleszteni (Feith, Melichner és Falus, 2015).

### **1.1.3. Az egészségműveltség fogalmának meghatározása**

Az egészségfejlesztés kutatásában az egészségműveltség relatíve új fogalomnak számít, mivel először egy egészségnevelési konferencián jelent meg 1974-ben. Az egészségműveltségre és – kultúrára a külföldi szakirodalomban ugyanazt a kifejezést használják (az angolban ez a health literacy). A magyarban az egészségkultúra és az egészségműveltség kifejezést néha hasonló jelentéssel ruházzák fel, és szinonimaként tekintenek rájuk. „Az egészségkultúra magában

foglalja mindazokat az ismereteket, magatartásokat és szokásokat, amelyek az egészség, a testi épség, a szellemi jóllét megőrzéséhez, a betegségek és egyéb ártalmak elkerüléséhez szükségesek” (Ander, 1986). „Az egészségműveltség lényegében olyan magatartásforma, amely alkalmas a betegségek, ártalmak vagy sérülések elkerülésére, valamint a testi, lelki és társadalmi jó közérzet fenntartására. Mint ilyen, szoros kapcsolatban áll az ember sokoldalú nevelésének minden oldalával” (Ander, 1986).

A műveltség hat az egészségtudatosságra, az egészségi állapotra és az egészségügyi szolgáltatások elérésére. Az egészségi állapotot számos, egymással összefüggésben lévő szocioökonómiai faktor befolyásolja. A műveltség hatást gyakorol a jövedelemszintre, a foglalkozásra, az oktatásra, a lakáskörülményekre és az egészségügyi ellátás hozzáférhetőségére. A szegény és írástudatlan ember nagyobb valószínűséggel dolgozik veszélyes feltételek között vagy környezeti ártalmaknak kitetten (Csizmadia, 2017c). A felnőttek műveltségének 1992-es kutatási eredményei azt mutatták, hogy az alacsonyabb műveltségűek nagyobb valószínűséggel szegények, mint azok, akik magasabb műveltségi szinttel bírnak, és olyan egészségfeltételekkel rendelkeznek, amelyek korlátozzák tevékenységeiket (Nagy és Barabás, 2011). Az alacsony egészségműveltségnek közvetlen és közvetett következményei is vannak. A direkt hatások magukban foglalják a nemteljesítést vagy az alacsony beteg complianace-t. Az indirekt faktorok nehezebben mérhetők, például ide tartoznak a nem megfelelő egészségviselkedési formák is. A többszörös műveltség (multiliteracies) fogalma magában foglalja a funkcionális műveltséget, a kritikai műveltséget és a retorikai műveltséget (Selber, 2004 idézi Nagy és Barabás, 2011), illetve más megközelítésben a kritikai műveltséget, a médiaműveltséget, az ökológiai műveltséget és az egészségműveltséget is (Zarcadoolas, Pleasant és Greer, 2006). A bizonyítékalapú döntéshozatal hangsúlyozásának növelésével, a statisztikai ábrák és információ használatával a statisztikai műveltség is nagyon fontos tényezőjévé vált a műveltségnek. A szakemberek abban is egyetértenek, hogy a műveltség magában foglalja a kulturális, politikai és történelmi kontextusait is a közösségnek, amelyben a kommunikáció folyik (Knobel, 1999), illetve napjainkban egyre fontosabb infokommunikációs technológiák ismeretét (Schmidt és Veszprémi, 2017).

Az 1980-as évektől egyre többen vélik úgy, hogy a műveltség definícióját ki kellene terjeszteni illetve egészíteni: például Skóciában a műveltséget úgy határozzák meg, mint képesség az olvasásra, az írásra, a számolás használatára, az információ kezelésére, a nézetek és vélemények kifejezésére, a döntések meghozatalára és problémák megoldására (Curriculum Framework for Adult Literacy in Scotland) (Tett és mtsai., 2006).

A WHO 1998-ban a műveltséget a kognitív és szociális készségek összességéként határozta meg, mely képessé és motiváltá teszi az egyént az információkhoz való hozzáférésre, annak megértésére és ezeknek az olyan módon történő használatára, amellyel fenntartja és fejleszti az egészségét.

Az egészségműveltség modern értelmezése szerint (*Nielsen-Bohlman, Panzer és Kindig, 2004*): az egészségműveltség képesség az egészség elősegítéséhez szükséges információ elérésére, megértésére, értékelésére és kommunikálására. Az egészségműveltséget tradicionálisan az írott nyelv aktív és passzív használatára való képességnek tekintik, de a műveltség néhány definíciója az olvasásra, írásra, betűzésre, beszédhallásra és a beszédre való képességet érti alatta. Az egészségműveltség magában foglalja az egészség fejlesztését és megvédését, a betegség megelőzését és korai felismerését, az egészség felügyeletét, fenntartását és az irányelvek meghatározását. Az egészségműveltség-készségekhez sorolhatók mindazok a készségek, amik az egészséggel kapcsolatos témákról való beszélgetésekhez, vitákhoz, információk olvasásához, diagramok értelmezéséhez, kutatásban való részvételről szóló döntéshozáshoz, az orvosi eszközöknek a személyes vagy a család egészségének megőrzésére történő használatához, az egészségről vagy a környezeti kimenetekről való szavazáshoz stb. szükségesek. Az egészségműveltségnek általában három elkülöníthető területe van (*Rudd, Moeykens és Colton, 1999*):

1. funkcionális egészségműveltség (functional health literacy): az egészséginformáció alapvető közlése, amely magába foglalja az egészségről való információ megközelítését, megértését és értékelését.
2. interaktív egészségműveltség (interactive health literacy) az egészségkimenetekre vonatkozó személyes készségek kifejlesztése beleértve a döntéshozatalt, a célmegállapítást és a praktikákat az egészség növeléséhez.
3. a kritikai egészségműveltség (critical health literacy) az egészséggel kapcsolódó különböző kulturális, családi és vallásos meggyőződésekre vonatkozik, és támogatja a személy, a család és a közösség olyan változását, amely növeli az egészséget.

Az egészségműveltség *Rudd, Moeykens és Colton (1999)* szerint az egyének képessége az egészség-megőrzési információk elolvasására, megértésére és használatára a döntéshozatalhoz, valamint a kezelésre vonatkozó utasítások követése.

Az egészségműveltségnek rendkívül összetett definíciója van, mert az egészségműveltség magában foglalja a kontextust (vagy környezetet), amelyben az egészségműveltség megnyilvánul (például egészségmegőrzés, média, internet vagy fitnesztevékenység) és a készségeket (*Rudd, Moeykens és Colton, 1999*).

A fogalom tágabb definíciója alapján az egyén rendelkezik az egészséggel kapcsolatos információkhoz jutás, feldolgozás és megértés képességével (tudás) és ennek birtokában megfelelő egészségdöntéseket hoz (cselekvés) (*Joint Committee on National Health Education Standards, 1995; DHHS, 2000; IOM, 2004*). Ezért az egyén képességeire vonatkozó entitásként értelmezik a fogalmat (*JAMA Ad Hoc Committee on Health Literacy, 1999*). Az egészségműveltség

fejlettségi szintje hatást gyakorol az egyén egészségi állapotára, ezáltal az egészségügyi rendszerekre is (Nielsen-Bohlman, Panzer és Kindig, 2004). Az egyén képességeinek és az egészségügyi rendszer igényeinek termékeként is tekinthetünk az egészségműveltségre. Ezért az a cél, hogy az egyén képességeihez igazítsuk az egészséggel kapcsolatos információkat, fogalmazzunk egyszerűen és közérthetően, hogy az egészségműveltségük magasabb legyen (Baker, 2006).

Az Amerikai Egyesült Államokban használatos egészségműveltség-definíció alapján az egészségműveltség annak mértéke, hogy az egyének mennyire képesek megszerezni, feldolgozni és megérteni az alapvető egészséggel kapcsolatos információkat és szolgáltatásokat, amelyek szükségesek a megfelelő egészségdöntésekhez (Rudd és mtsai, 2007). Európában hasonlóan írják le az egészségműveltséget, mely szerint ez egy „képesség a helyes egészségdöntések meghozatalára otthon, a közösségben, a munkahelyen, az egészségmegőrző rendszerben, a piacon, a politikai szinten. Egy kritikus stratégia, amely képessé teszi az embereket saját egészségük feletti kontrollra, az információ megkeresésére és a felelősségvállalásra egészségük iránt” (Protherore, Wallace, Rowlands és DeVoe, 2009).

Az összes fogalomban közös, hogy a kimenet az egyén egészségével kapcsolatos. Egy 2009-es definíció (Freedman, Bess, Tucker, Boyd, Tuchman és Wallston, 2009) az egyénen túl a csoportokra is kiterjeszti a meghatározást, amikor közösségi egészségműveltségről (public health literacy) beszél.

Az egészségműveltség egy markánsabb nézőpontja magában foglalja a képességeket a tudományos fogalmak, tartalom és az egészségkutatás megértésére, valamint a beszélt, írott és online kommunikációs készségeket; a nagy mennyiségű médiaüzenetek kritikus értelmezését; az egészségmegőrző rendszerek és a szabályozás megértésének képességét; a tudást; a társadalmi tőke és az erőforrások használatát; a kulturális és a meglévő tudás használatát az egészségdöntésekben is (Nutbeam, 2000; Ratzan, 2001; Zarcadoolas, Pleasant és Greer, 2006). Ez a nézőpont úgy tekinti az egészségműveltséget, mint az egészség egy szociális/társadalmi meghatározóját, ami egy hatékony lehetőséget kínál az egészségben mutatkozó egyenlőtlenségek csökkentésére. Tehát olyan készségek és kompetenciák széles tartománya, amelyeket az emberek egész életükön át fejlesztenek azért, hogy megkeressék, felfogják, értékeljék és használják az egészséginformációt az egészséget veszélyeztető rizikótényezők csökkentésére és az életminőség növelésére. Az egészségműveltség ilyen módon való definiálása megteremti az alapját az egészségműveltség egy multidimenzionális modelljének, amely négy központi terület körül épül ki (Zarcadoolas és mtsai, 2006): (1) alpműveltség, (2) természettudományos műveltség, (3) állampolgári műveltség és (4) kulturális műveltség.

Az utóbbi években felmerült az igény az egészségműveltség definícióinak és fogalmi modelljeinek finomítására (Nielsen-Bohlman, Panzer és Kindig, 2004). Erős konszenzus van a kutatók (Protherore, Wallace, Rowlands és DeVoe, 2009)

között abban, hogy a jelenlegi egészségdefiníciók korlátozottak mind a területben, mind a komplexitásban. Az egészségdefiníciók a képességekre, készségekre és funkciókra, mint egyenértékű dolgokra vonatkoznak, bár mint azt a klinikai pszichológusok kimondták, ezek öröklött, különböző entitások. Például egy egyén rendelkezhet megfelelő vagy jó kognitív képességgel, verbális készségekkel (szókincs, szövegértés) és nonverbális készségekkel (rövid távú memória, információ-feldolgozás), amelyeket használhat a tudás és a készségek elsajátítására egy oktatási programban, de nehézsége lehet például az információ összegyűjtésében interperszonális interakciókon keresztül.

Ez alapján, hogy jobb lenne az egészségműveltségre vonatkozóan a kompetenciák terminus használata, amely magában foglalhatja a tudást, a készségeket, a képességeket és az attitűdöket, mint változókat. Igény merült fel az egészségműveltség-definíciók és a kompetenciák felülvizsgálatára, hogy valamennyi vonatkozó és releváns komponens tartalmazzák-e (*Protherore, Wallace, Rowlands és DeVoe, 2009*).

*Rudd, Anderson, Oppenheimer és Nath (2007)* megállapítják, hogy ugyan nincs egyetértés az egészségműveltség specifikus definíciójával vagy elméleti keretével kapcsolatban, ellenben több irodalmi forrás egyetért abban, hogy az egészségműveltség-készségek csak kontextusban (például olvasásképesség) alkalmazhatók; az egészségműveltség-készségek többet foglalnak magukba, mint csak az olvasás és az írás (például kritikai gondolkodás, problémamegoldás); az egészségműveltség nem csupán egyéni jellemző, hanem társadalmi is (*Rudd, Anderson, Oppenheimer és Nath, 2007*). Ezen érték személyes előny és állampolgári kötelesség is egyszerre (*Smith, 2004*).

Az egészségműveltség legrelevánsabb definíciója a magában foglalja a következő két képességet, amely tisztán reflektál a szociális ökológiai megértésre és összhangban van a *WHO (1998)* egészségmagatartás definíciójának lényeges elemével:

- képesség amellyel megalapozott egészséggel kapcsolatos döntéseket tud hozni az egyén a mindennapi élete során. (*Kickbusch, 2007*);
- képesség az egészséggel kapcsolatos információ megértésére (*Rootman és Goldon-El-Bihbety, 2008* idézi *Nagy és Barabás, 2011*).

Az egészségműveltség újabb meghatározásában egyre több a dimenzió, szint valamint több képesség, készség jellegű összetevő jelenik meg (*Berkman, Davis és McCormack, 2010*) és dinamikus fogalomként értelmezik. Az új definíció alapján „Az egészségműveltség kapcsolódik az általános műveltséghez és együtt jár az emberek tudásával, motivációjával, kompetenciájával, amelyek képessé teszik őket az egészséginformáció megszerzésére, megértésére, értelmezésére és alkalmazására azért, hogy tudjanak véleményt mondani és döntést hozni a mindennapi életben az egészségvédelemre, a betegségmegelőzésre és az egészség elősegítésére vonatkozóan, hogy fenntartsák vagy fejlesszék az életminőséget egész életen át.” (*Sørensen, Van den Broucke, Fullam, Doyle, Pelikan, Slonska és Brand, 2012. 3.*) Ez a definíció magában foglalja a közösségi egészséget, az



egészségvédelmet, a betegségmegelőzést, és az egészségfejlesztést is, tehát multidimenzionális fogalom és különböző komponensekből áll. Két dimenzióra leredukálható: az egészségműveltség minőségre (alap vagy funkcionális (pl. írás, olvasás, műveltségkészség, egészségügyi ismeret), interaktív vagy kommunikatív és kritikai egészségműveltség) és annak alkalmazási területére (Sørensen és mtsai., 2012).

Az elmúlt évtized kutatásai (Fisher-Wilson, 2003; Kickbusch, 2007 Schillinger és munkatársai, 2002; Speros, 2005) demonstrálták, hogy az egészségműveltség-készségek erősebben megjósolják az egészségállapotot, mint az életkor, a jövedelem, a munkaköri státusz, az iskolázási szint és a származás vagy az etnikai hovatartozás. Az alacsony egészségműveltség a felnőtteknél összefügg a rossz egészséggel, azonban néhány idejekorán végrehatott beavatkozás (Kickbusch, 2007), amely kiemeli az egészségtámogatást és a betegségmegelőzést, egészségművelt fiatalokat eredményez, akik egészségesebb felnőttekké válnak (Manganello, 2008). Az Egyesült Államokban, Ausztráliában és Európában folyó kutatásokban leírták, hogy az egészségműveltség szignifikánsan befolyásolja a tanulók egészségét, jóllétét és életminőségét (Kolbe, 2005; St. Leger, 2001).

Napjainkban az egészségműveltséget az oktatás, a kultúra, a környezet, a tapasztalat és más tényezők metszéspontjaként tekintik (Nutbeam, 2008). Az egészségműveltség változik a kontextussal és a környezettel, és nem szükségképpen függ össze az oktatásban eltöltött évekkkel vagy az általános olvasási képességgel. Egy olyan személy, aki otthon vagy a munkahelyén megfelelően dolgozik, lehet, hogy nagyon kevés vagy nem megfelelő egészségműveltséggel rendelkezik (Nagy és Barabás, 2011). Az egészségműveltséghez kapcsolódó legfontosabb változók: az egyén demográfiai jellemzői, általános kognitív képességei, az általános műveltség készségei, illetve az egészségre, betegségekre vonatkozó előzetes tudása. Az egészségműveltség készségekhez kidolgozott fogalmi keretben a demográfiai tényezőket, az egyéni képességeket, az előzetes tudást egymással összefüggő háttértényezőknek tekintik (Squiers, Peinado, Berkman, Boudewyns és McCormack, 2012). Az előzetes tudásba beletartozik az egészségre és a természettudományokra vonatkozó szélesebb fogalmi tudás is (McCormack, Bann, Squiers, Berkman, Squire, Schillinger, Ohene-Frempong és Hibbard, 2010).

A kutatók egyetértettek abban, hogy az egészségműveltség növelése iskolai képzések során jó lehetőséget jelent a tanulók fejlesztésére az egészséggel kapcsolatos információk elérését és értékelését tekintve. Szükségesnek tartják ezeknek az információknak a megértését a helyes döntések meghozatalához és a jövő generációk egészségproblémáinak csökkentéséhez (Gazmararian és munkatársai, 2005).

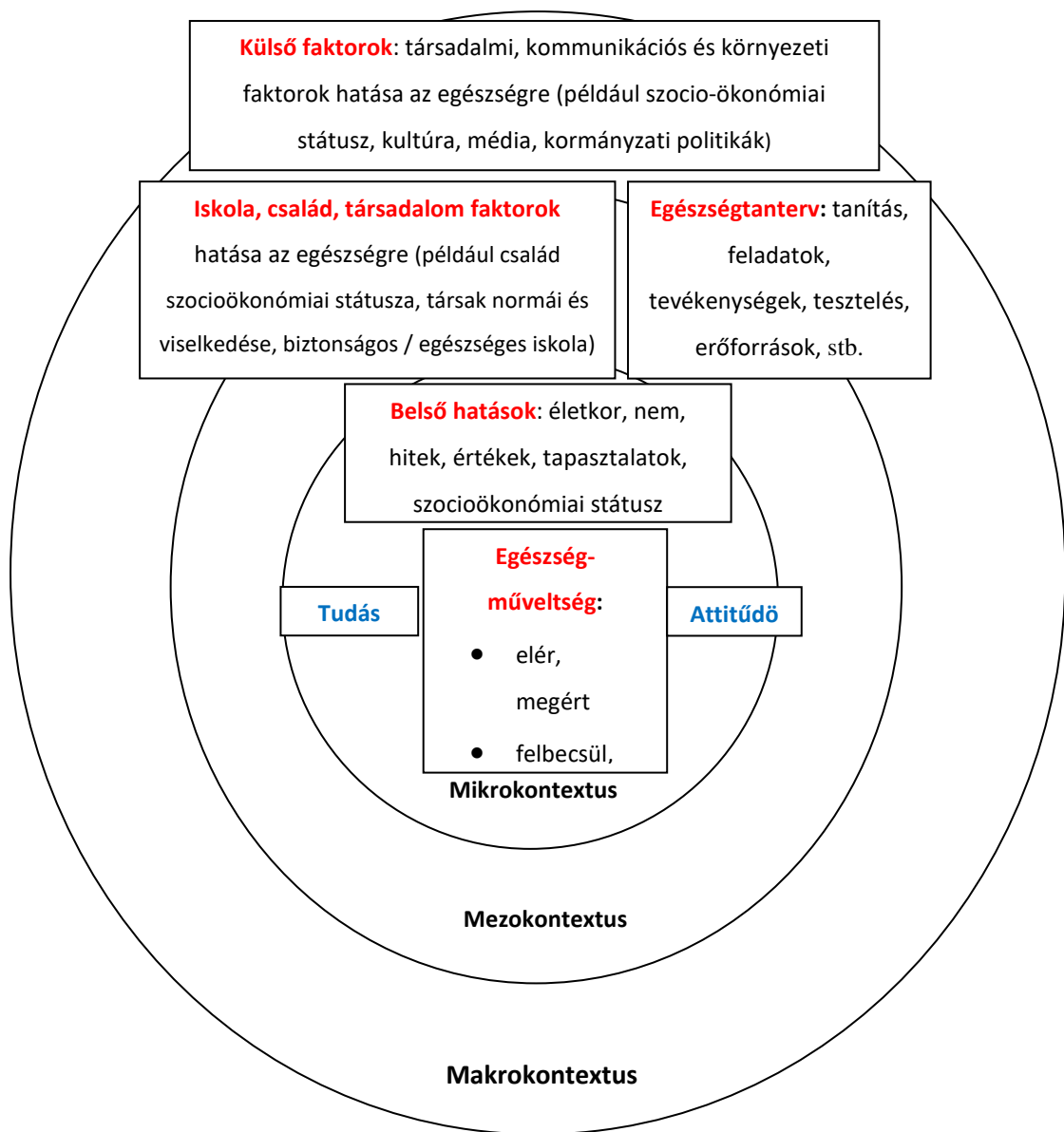
A Magyarországon futó egészségnevelő, egészségfejlesztő programoknál is sarkalatos pont az egészséggel kapcsolatos információk megfelelő átadása (Molnár, 2015), az ezzel kapcsolatos egészségműveltség fejlesztése, a helyben megválasztott, a csoport igényeihez illeszkedő módszertan (Feith, Melichner, és Falus, 2015).

#### ***1.1.4. A fiatalkorúak egészségműveltségének szociális ökológiai modellje***

Wharf Higgins, Begoray, és MacDonald (2009) kialakították az egészségműveltség szociális ökológiai modelljét fiatalkorúakra tervezve (Schneider és Stokols, 2009 idézi Nagy és Barabás, 2011). Kiindulási alapjuk, hogy a testmozgás, étkezés – beleértve az evészavarokat is (Babusa és Túry, 2015) – dohányzás stb. az egészségműveltség faktorain nyugszik. A szociális ökológiai modell (1. ábra) vizuálisan is megjeleníti a faktorokat (Matson-Koffman és mtsai, 2005 idézi Nagy és Barabás, 2011).

- „intraperszonális faktorok: jellemzők, tudás, készségek;” (Nagy és Barabás, 2011);
- „interperszonális faktorok: szociális támogatás és hatások az emberi interakciók (társak, család) minősége és természete” (Nagy és Barabás, 2011);
- „közösségi/társadalmi (környezeti és strukturális) faktorok: egészségpolitika és a közösség/társadalom képessége az egészség elősegítésére” (Nagy és Barabás, 2011).

Senge (1990, 68. idézi Nagy és Barabás, 2011) elgondolása három koncentrikus kört tartalmaz, reprezentálandó a tanulók egészségműveltségének mikrokontextusát, mezomezokontextusát, illetve makrokontextusát.



1. ábra. Szociális ökológiai modell alkalmazása az egészségműveltségre (Wharf Higgins, Begoray és MacDonald, 2009 idézi Nagy és Barabás, 2011)

Mikrokontextus: az egészségműveltséget is befolyásolják más belső faktorok, mint például életkor, nem, hitek/meggyőződések, értékek és tapasztalatok. Piaget (1977) szerint például az ifjak fokozatosan mozdulnak el a konkrét gondolkodástól az absztrakt felé. A serdülőkorúaknak nehéz elképzelniük a jövőt és tetteik következményeit, mert gyakran hiányzik a képesség a „mi van, ha?” kérdés feltételére (Metcalf-Wilson, 2002). Az egészségműveltség viszont elvezet az egyének egészségre vonatkozó céljainak megállapításához és fenntartásához, például döntés arról, hogy nem iszik alkoholt, vagy hogy biztonságos nemi életet fog élni.

Mezokontextus: a tanulói egészségműveltséget befolyásolja az egészségnevelési tanterv, illetve az oktató személye: ez lehetőséget teremt arra, hogy személyre szabottan beszéljenek az egészségről való elképzelésükről (*Ackard és Neumark-Sztainer, 2001*). Emellett a fiatalok számára fontos, hogy az oktatót azonosítsák az egészséggel kapcsolatos hiteles információforrásként (*DiCenso és mtsai, 2001; Von Sadvosky és mtsai, 2006*), amihez szükséges a fiatalok szociális világának alapos megismerése (*Abel és mtsai, 2002*) és fejlődési irányának feltárása (*Somers és Surmann, 2005*). Így az oktató szignifikáns szerepet játszhat a fiatalok egészségének támogatásában (*Cohall és mtsai, 2007*). A tanulók általában tudatában vannak az egészségügyi problémákat okozó veszélyeknek, és szeretnék megbeszélni a felnőttekkel, akikben megbíznak (*Graves, 2005*).

Makroszint: a legkülső körben látjuk a szélesebb társadalmi faktorokat, amelyek hatnak a két belsőre (iskolák, családok, társak, tanterv és a tanuló), tartalmazzák a kormánypolitikákat, a médiát és a szocioökonómiai faktorokat. (*Protherore, Wallace, Rowlands és DeVoe, 2009*).

## 1.2. Egészségnevelés, egészségfejlesztés

### 1.2.1. Egészségnevelés, egészségmegőrzés és egészségfejlesztés

Az egészségnevelés (health education) olyan változatos kommunikációs formákat használó, tudatosan létrehozott tanulási lehetőségek összessége, amely az egészséggel kapcsolatos ismereteket, tudást és életkészségeket bővíti az egyén és a közösség egészségének előmozdítása érdekében (Naidoo és Wills, 1999). Az egészségnevelés alapját képezi annak a komplex tevékenységnek, amelyet az egészségfejlesztés megkíván, hatékony eszköz lehet az egészségműveltség fejlesztéséhez (Járomi és Vitrai, 2017). A csak információátadáson alapuló, az egyén magatartását megváltoztatni kívánó stratégiák nem lehetnek tartósan hatékonyak (Kósa, 2006b), még ha a modern média eszközeivel el is éri a célpopulációt (Beato és Telfer, 2010).

Az egészségfejlesztés a WHO definíciója alapján: „az egészségfejlesztés az a folyamat, melynek révén képessé teszünk másokat egészségük javítására, illetve arra, hogy nagyobb kontrollra tegyenek szert egészségük felett. Az egészséget a mindennapi élet erőforrásának tekinthetjük, nem pedig céljának; ez a pozitív megfogalmazás hangsúlyt fektet a szociális és személyes erőforrásokra is éppúgy, mint a fizikális kapacitásra” (Tóth, 2005, 48), ehhez az egyén életmódján, szociális és környezeti feltételein is változtatni kell (Ewles és Simnett, 1999).

Wharf Higgins, Begoray, és MacDonald (2009) kísérletet tett az egészséggel kapcsolatos fogalmak áttekintésére. Munkájuk eredményét az alábbiak szerint összegezhetjük. Megállapították, hogy az irodalomban az egészségműveltség eltér az egészségtudástól, az egészségneveléstől és az egészségtámogatástól, bár gyakran feltételezik, hogy az egészségműveltség az utóbbi kettőnek terméke (Speros, 2005). Az egészségnevelést úgy definiálják, mint „a tanulás folyamatosságát, amely képessé teszi az embereket, mint egyéneket és mint a társadalom (szociális struktúrák) tagjait, hogy szándékosan hozzanak döntéseket, módosítsák viselkedéseiket, és változtassák meg a szociális feltételeket olyan módon, hogy ez által növeljék az egészségüket” (Joint Committee on Health Education Terminology, 1991, 72). Abból indulnak ki, hogy az egészségtudás (health knowledge) és más változók befolyásolják az emberek szándékait, döntéseit, viselkedéseit és azok eredményeit (Gazmararian és mtsai, 2005). Az egészségnevelés megtanítja a fiatalokat tervezni, kritikusan gondolkodni és szembeszállni a különböző egészségkárosító hatásokkal, hogy elősegítse az egészség fejlesztéséhez szükséges viselkedésminták (Brey és mtsai, 2007) és nélkülözhetetlen egészségkészségek (Kickbusch, 2007) kialakulását. Az egészségviselkedés tradicionálisan úgy tekinthető, mint a kognitív döntések kimenetei (Syme, 2002).

„Az egészségről létező különböző elképzelések, az egészséget befolyásoló tényezők változatossága és az egészség mérésének különféle módjai vezettek az egészségmegőrzés különböző szempontokból történő megközelítéséhez: (1) a gyógyítás (orvosi) vagy megelőzés, (2) az életmód-változtatás, (3) az oktatás, nevelés (ismeretbővítés), (4) az öntevékenység és (5) a társadalmi változások felől. A gyakorlatban többnyire csak elmosódott válaszvonal húzódik közöttük” (Naidoo és Wills, 1999 idézi Nagy és Barabás, 2011).

Az orvosi vagy preventív (megelőző) szemléletmód szerint csökken a morbiditás és az idő előtti mortalitás. A tevékenység a lakosság egészére vagy bizonyos veszélyeztetett csoportokra irányulhat. Az egészségmegőrzést azzal kívánja elősegíteni, hogy növeli az orvosi intézkedések (védőoltási, szűrési programok) számát, hatékonyságát, ezáltal megelőzhető az egészségromlás és a korai halálozás.

Az orvosi szemléletmód szerint az egészsége gyenlő a betegségek hiányával. A szociális és környezeti dimenziókat nem vizsgálja, illetve az egyén önálló döntését korlátozza. Az egészségmegőrzés orvosi szemléletmódja komplex folyamat és nagyrészt az életbe léptetett állami programoktól vagy irányelvektől függ (Maben és Clark, 1995).

Az életmód-változtatásra irányuló szemléletmód azt tartja fontosnak, hogy az emberek egészséges életmódot folytassanak, hiszen ez a jobb egészség záloga. Az egészséges életmódra való törekvés és annak elősegítése már régóta az egészségnevelés része. Az egészséget egyéni sajátosságnak és jogosultságnak tekinti; és eleve feltételezi, hogy az emberek valóban egészségesebbek akarnak lenni, ehhez pedig változtatnak az életmódjukon. Az egyéni magatartás és a társadalmi-környezeti tényezők szoros és komplex kölcsönhatásban vannak egymással (Naidoo és Wills, 1999).

Az ismeretbővítéssel kapcsolatos szemléletmódnak az a célja, hogy új ismeretekkel, információkkal segítsen az embereknek azokra a készségekre szert tenni, amelyek révén tudatosan választhatják majd az egészséges életmódot. Az ismeretbővítéssel kapcsolatos megközelítés feltételezi, hogy a tudás és a viselkedés között szoros összefüggés van: az ismeretszerzés révén magatartásunk is változik, s ez elvezethet az életmód-változtatáshoz. Az idevonatkozó pszichológiai elméletek szerint magának a tanulási folyamatnak három aspektusa van: (1) kognitív (információszerzés, megértés), (2) affektív (viselkedésminták és érzelmek), (3) magatartás, életmód (készségek) (Sanders és Wiseman, 1990). Komoly probléma, hogy az ismeret bővülése ugyan mérhető, de semmi garancia nincs arra, hogy ez életmódbeli változást is okoz.

Az öntevékenységre és közösségi munkára alapozó szemlélet abban segít az embereknek, hogy felismerjék saját érdekeiket és megfelelő készségek birtokában önbizalommal cselekedjenek. Egyelőre ritkaságszámba megy az alulról jövő kezdeményezés, és a résztvevők többnyire a szakemberektől sajátítják el a különböző képességeket.

*Naidoo és Wills* (1999) összegzésében az egészségmegőrzésben tevékenykedő segítő szerepe abban áll, hogy ügyfeleinek segít felismerni az egészséggel összefüggő tényezőket, s rávezeti őket arra, hol és hogyan kell változtatni.

A társadalmi változást sürgető vagy radikális szemlélet elismeri, hogy az egészséget döntő módon társadalmi-gazdasági körülmények határozzák meg. Az egészségmegőrzés eddig tárgyalt megközelítési módjai elsősorban leíró jellegűek. Az egészségvédelmi tevékenység típusainak meghatározásához inkább az elemző, gyakorlati módszer a modellek kialakítása vezet el.

Az egészségmegőrzés fogalmához számos különféle tevékenység tartozik. Ezeknek a formáit különböző kategóriákba sorolják, ezért túlságosan is sok modell és tipológia született. Ezek közül például a Caplan-Holland-modell szerint az egészségmegőrzés lényegében négy paradigmát, mintát feltételez, melyek két dimenzióból eredeztethetők (*Nagy Judit*, 2005). Az első dimenzió az ismeretek jellegéből adódik. Az ismeretek olyan képzeletbeli vonalon helyezkednek el, amelyek egyik vége a szubjektív szempontokkal indul, majd a megértésen át eljut az objektív szempontig. A második dimenzió a társadalmi sajátosságokkal van kapcsolatban. Ezek a sajátosságok a radikális változások elméletétől a szabályozott társadalom teóriájáig terjednek. Ha a két dimenziót egymásra helyezzük, megkapjuk az egészségmegőrzés négy paradigmáját (*Nagy Judit*, 2005):

- hagyományos (egészség = nincs betegség, cél, hogy változtassunk az életmódunkon szakember irányításával),
- humanista (az egészség holisztikus felfogása, jobb megértés, az öntevékenység fejlesztése, állampolgári irányítás),
- radikális humanista (az egészség holisztikus felfogása, a szakmai jelleg háttérbe szorítása, önszorgító hálózat kiépítése),
- radikális strukturalista (az egészségre kihatnak a társadalmi egyenlőtlenségek, radikális társadalmi átalakítást kell szorgalmazni).
- Az egészségmegőrzés alapelveit az *Ottawa Charta* (1986) tartalmazza, melyek az alábbiak:
  - egészséges közélet kialakítása,
  - hatásos környezetvédelmi intézkedések,
  - az egyéni készségek kialakítása,
  - a közösségen belüli tevékenységek előmozdítása,
  - az egészségügyi szolgáltatások szerepének ártérkékelése (*Ottawa Charta*, 1986 idézi *Nagy és Barabás*, 2011).

Az Ottawa charta szerint három út vezet el az egészségmegőrzéshez: (1) felvilágosítás, (2) jogosultság, érdekvédelem, (3) közbenjárás, egyeztetés.

Felvilágosítás: Az embereket fokozott mértékben meg kell ismertetni az egészségi állapotukat befolyásoló tényezőkkel. Az egészségmegőrzéssel foglalkozóknak fel kell világosítaniuk a lakosságot arról, hogy mindenkinek

alapvető joga van egészségének védelmére, és arra, hogy személyes körülményeiben az ehhez szükséges változásokat elérje (*Catford, 2007*).

Jogosultság, érdekvédelem: Az egészségmegőrző munkának törődnie kell az egészségállapotok terén meglévő különbségek csökkentésével is. Az embereknek egyenlő feltételeket kell teremteni ahhoz, hogy egészségük valóban kiteljesedhessen (*Catford, 2007*).

Közbenjárás, egyeztetés: Az egészségmegőrzés érdekében szükség van az egyes szervezetek közötti kapcsolatok, együttműködések kialakítására. A tanároknak, az alapellátásban dolgozóknak, a munkahelyi vezetőknek, a szociális munkásoknak egyaránt ki kell venniük a részüket az egészség-megőrzési tevékenységből (*Catford, 2007*).

További vizsgálat tárgyát képezi, hogy van-e különbség egészségnevelés és egészségmegőrzés között (*Naidoo és Wills, 1999*). Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint: „az egészségmegőrzés tulajdonképpen mindazoknak egységes koncepciót jelent, akik felismerik életük során, hogy egészségük védelme érdekében a létfeltételeken és az életmódon is változtatni kell. Az egészségmegőrzés olyan közvetítő stratégiát feltételez, amely mintegy hidat képez az emberek és környezetük között, illetve az egyéni választás és a társadalmi felelősség szintézisét megvalósítva egy egészségesebb jövő megteremtésére törekszik” (*WHO, 1984, 88*).

Az Egészségügyi Világszervezet különbséget tesz az egészségmegőrzés és a megelőzés között; az egészségnevelés pedig az egészségmegőrzés integráns részévé válik a prevenciós feladatokkal együtt. Mindez azt a fejlődési irányt példázza, miszerint az egészségügyi munkának nem a betegségre kell irányulnia, hanem magára az egészségre. Az egészségmegőrzés egy „esernyőfogalom” (*Downie, Fyfe és Tannahill, 1990*), amely alatt jól megférnek egymással az egészség javítására szánt intézkedések és ezen belül az egészségnevelés is. „Az egészségnevelés minden olyan feladatot, intézkedést magába foglal, amelynek célja az egészség javítása és a betegségek kezelése... Az egészségmegőrző tevékenység fő jellemzője kétségtelenül az, hogy egészséges közállapotokra törekszik, azaz változásokat szeretne elérni a szociális ügyek szabályozásában, a pénzügyi és gazdasági szférában és minden olyan területen, amely az emberek körülményeit, környezetét meghatározza. Az egészségmegőrzés és egészségnevelés nem felcserélhető fogalmak. Az egészségmegőrzéshez minden olyan intézkedés, tevékenység hozzátartozik, amellyel az egyének vagy közösségek egészségi állapota javítható, vagy amelyek a körülményekben hoznak létre változást a jobb egészség érdekében. Éppen ezért ide sorolható az egészségnevelés is. Más szóval, az egészségmegőrzés úgy is felfogható, mint ami megkönnyíti az egészséges irányú változtatások megvalósítását” (*Dennis és mtsai, 1982, 5*). Tannahill modellje kibővíti az egészségmegőrzés korábbi modelljének meghatározását, és különbséget tesz a megelőzés és nevelés, valamint egészségvédelem között is (*Downie, Fyfe és Tannahill, 1990*). Az egészségvédelem olyan napi politikai és pénzügyi intézkedéseket karol fel,



amelyek révén javítható az egészség és az egészségmegőrzés, viszont — minthogy az egészséget és a társadalmi boldogulást egymástól elválaszthatatlannak tartja — az egészségrombolás gyökerét a szociális egyenlőtlenségekben keresi, éppen ezért radikális és mozgósító hatású fogalmat takar (*Thiede, 2005*). Az egészségmegőrzés elsősorban abban különbözik az egészségneveléstől, hogy az előbbi környezetre ható és politikai akciókra is vállalkozik. Az egészségnevelési alapelvek sorából az önbecsülés és önkéntesség, valamint az autonómiára való törekvés emelhető ki (*French, 1990*). Az egészségnevelés csak arra a szűk területre korlátozódik, amely az egészségi állapotot az egyéni életmódból kiindulva értelmezi, és olyan folyamatként fogja fel, amelyet szakembernek kell irányítania. A személyi felelősség hangsúlyozásával az egészségnevelésben csak minimális szerepet kap az állam, így arra is lehetőség nyílik, hogy konzervatív vélemények kapjanak hangot. Az egészségnevelés mind célját, mind módszerét tekintve különbözik az egészség-megőrzési tevékenységtől, ugyanakkor az előbbi is része egy szélesebben értelmezett folyamatnak, amely arra irányul, hogy egészséget támogató közélet alakuljon ki, és az egészséges egészségpolitikát a lakosság is magáévá tegye (*Downie, Fyfe és Tannahill, 1990*). Az egészségmegőrzés magában foglalja az emberi szervezet működésével és a betegségek megelőzésével kapcsolatos egyéni ismeretek bővítését; az egészségügyi szolgáltatások igénybevételével összefüggő kompetenciát, és annak tudatosítását, hogy a politikai és környezeti tényezők komolyan befolyásolják az egészségi állapotot - azt a folyamatot, amely egyaránt számol az egyéni, csoportos, közösségi változásokkal, és különböző stratégiai megközelítéseket is tartalmaz (*Thiede, 2005*). A hangsúlyt a betegségmegelőzésről az egészség javítására és a jó közérzetre igyekeznek áthelyezni: az egészségnevelés fontos részterület egy tágabban értelmezett egészségmegőrzési folyamatban (*Downie, Fyfe és Tannahill, 1990*), melyben a jó közérzet egyre jobban felismert fontos komponense az egyén pozitív érzelmei (*Gorbai, 2015*).

### ***1.2.2. Az egészségfejlesztés fogalmának értelmezése***

Az egészségfejlesztés (health promotion) kifejezés első alkalommal az 1974-es Lalonde-jelentésben tűnik fel (*Lalonde, 1975*), mely alapvető változásokat hozott: az egészség megőrzésére koncentrált a betegségek helyett, illetve az egyént magasabb szinten vonja be (*Kósa, 2010*).

Az Ottawai Charta egészségfejlesztés-definíciója: „Az emberek képessé tétele az egészségüket befolyásoló tényezők kézben tartására és az egészségpotenciáljuk fejlesztésére; ahhoz, hogy az egyén elérje a teljes fizikai, mentális, szociális jólétet képesnek kell lennie arra, hogy felismerje és azonosítsa vágyait, kielégítse szükségleteit, és boldoguljon környezetével, vagy képes legyen megváltoztatni azt. Az egészség ily módon a mindennapi élet forrása, nem pedig

célja. Az egészség pozitív fogalom, amely hangsúlyozza a társadalmi, és személyes forrásokat ugyanúgy, mint a fizikai képességeket. Így az egészségfejlesztés nem csak az egészségügyi szektor felelőssége, hanem az egészséges életvitel és a jólét kérdése is” (*Ottawa Charta*, 1986, 72). Az egészségfejlesztés az a folyamat, amely képessé teszi az embereket az egészséget meghatározó tényezők felügyeletére, és ezáltal az egészségük javítására.

A charta céljait az alábbiakban fogalmazzák meg:”

- az egészség ügyének képviselőjét szeretnék elérni a társadalom minden színterén,
- az emberek képessé tétele arra, hogy felismerjék és fejlesszék egészség potenciáljukat,
- a társadalom különböző rétegei között biztosított legyen a közvetítés.
- Az egészségfejlesztésnek öt kulcsfontosságú területe van:
- az egyéni képességek fejlesztése (egészségnevelés),
- a közösségi cselekvések erősítése (ez messze túlmutat az egészség témakörén), mely magában foglalja a közösség véleményének nagyobb mértékű figyelembevételét az irányelvek kijelölésében,
- az egészséget támogató környezet kialakítása,
- az egészségügyi ellátás áthangolása,
- az egészséget támogató politika, melynek kontextusába ágyazva valósulhatnak meg az előző területek” (*Ottawa Charta*, 1986 idézi Nagy és Barabás, 2011).

Három stratégiai lépés alkalmazható: 1. képesség-elsajátítás, 2. közbenjárás, 3. pártolás.

Magyarországon az egészségfejlesztés, egészségmegőrzés/védelem, egészségnevelés kifejezések használata gyakran rosszul definiált. Ezért a fogalmak tartalmi tisztázására törekszik a Népegészségügy című folyóiratban 2010-ben megjelent tanulmányában *Kósa Karolina* (2010): „Az egészségvédelem (health protection) kifejezés a nemzetközi irodalomban azt a közegészségügyi tevékenységet fedi le, amely a populációt a környezet fertőző és toxikus ártalmaitól való megvédésre irányul.”

Az egészségfejlesztés és egészségnevelés kapcsolata, illetve összemosása szintén gyakorlat hazánkban. Évszázadokon át az a szemlélet tükröződött, hogy a betegségek kialakulásában jelentős a tudatlanság, és az egészségi állapot védelmének egyedüli záloga a tudás és ezt a felvilágosítás szolgálja. A modern egészségfejlesztés koncepciójában is jelentős helyet foglal el az egészségnevelés, de nem egyedüli lehetőség a társadalom egészségi állapotának javítását illetően. Az egészségfejlesztés magára az egészségre és jóllétre irányul egyének vagy kis csoportok viszonylatában. Szélesebb értelemben használatos az egészségnevelésnél, de nem annyira átfogó, mint az egészségmegőrzés (*Kósa*, 2006b).

### 1.2.3. Az egészségfejlesztő tevékenység etikai háttere

A Szegedi Tudományegyetem, Juhász Gyula Pedagógusképző Kar, Alkalmazott Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Intézet szervezésében, 2005-ben megvalósult konferencia egyik jelentős kérdése volt az egészségfejlesztés összekapcsolása a változó társadalmi és felsőoktatási igényekkel (Tarkó, 2008). Kapocsi Erzsébet (2008) tanulmányában leszögezi, hogy az etikai vizsgálódás szempontjából az egészség dinamikus felfogása a legkedvezőbb, hiszen az egészséget folyamatként értékeli nem állapotként. Thompson, Melia és Bloyd (1999) által megfogalmazott „egészségpálya” – akár teljes élethosszra, életszakaszra, vagy konkrét betegségekre alkalmazzuk – fontos tényezője az autonómia. Természetesen az autonómiához hozzátartozik a szabadság és a felelősség is, amely egyben magában hordozza, hogy a személyes autonómia minél magasabb szintjéhez kell az egyént hozzásegíteni (Jenei, 1995).

A felelősség négy szintje:

1. személyes felelősség = saját tetteinkért felelősség,
2. bizalmi felelősség = valakiről történő gondoskodás,
3. hivatásbeli vagy szakmai számokérhetőség,
4. társadalomiránti felelősség = nyilvános számonkérhetőség/állampolgári kötelesség (Thompson, Melia és Bloyd 1999).

Kapocsi (2008) rámutat, hogy az állampolgároktól az első és negyedik felelősség szint, ami elvárható, ellenben egy egészségfejlesztő szakembernek mind a négy kötelező. Esszenciális kérdés még a társadalom felelőssége, melyet Wehkamp (2008) hangsúlyoz ki munkáiban, miszerint a társadalom feladata megteremteni az egészséges élet feltételeit, de az egyén feladata, hogy éljen is ezzel. Ez egyben azt is jelenti, hogy a társadalmi és az egyéni felelősség nem zárja ki egymást. Következésképpen a jó egészség társadalmi és személyes érték (Kapocsi, 2008).

Komoly etikai dilemmát jelent, hogy a „betegszerep”-ből adódó szociális előnyöket akarják bizonyos személyek kihasználni, ugyanis Helman (2003) megfogalmazása szerint „a betegszerep féllegitim csatorna a felnőtt kötelezettségek alóli mentesülésre, továbbá a gondoskodásra való jogosultság alapja”. Fontos, hogy ezzel a „morális aurával” (Kapocsi, 2008) az egyén gyógyulását segítsük elő, és az egyén emberi méltóságát akkor is tartsuk tiszteltben, ha betegségét maga idézte elő (például szenvedélybetegségben) (Gárdai, 1992), hiszen sokszor nem láthatja - még a szakértő sem - a családi háttérben esetlegesen megjelenő hajlamosító tényezőket (Koronczai és Demetrovics, 2015)

A fentiek alapján látszik, hogy az egészségnevelő szerepe etikai szempontból vizsgálva is igen összetett. Az életvitel az egyének legszemélyesebb magánügye, így a legkisebb külső beavatkozás is sértheti az egyén autonómiáját (Kapocsi, 2008). Elengedhetetlen, hogy csak a tényeket hangsúlyozzák az egészségfejlesztő szakemberek, és a döntést bízzák az egyénre. Ennek legjobb

módja, ha az egészségfejlesztés során - következetes, kitartó erkölcsi nevelés hatására - tudatosodik mindenkinben, hogy a saját egészségéért felelős (Kapocsi, 2008), így az autonómia adta potenciálokat a lehető legjobban használja ki. Ebbe az irányba mutatnak azok a törekvések, melyek az orvospépzésben és az egészségfejlesztő szakemberek képzésében egyre nagyobb dominanciát kapnak: orvos – beteg kommunikáció, multiprofesszionális csapatmunkára nevelés, kritikai gondolkodásra nevelés (Barabás, 2008). Erre a korszerű egészségfejlesztő tevékenységre példa a Szegedi Tudományegyetem ÁOK Magatartástudományi Intézetének programja, vagy a TANDuSZ program, melyet a SOTE és az EDUVITAL valósít meg 2016-ban, folytatólagosan (Feith, Melichner és Falus, 2015) egészségügyi és pedagógusképző intézmények hallgatói, középiskolás diákok és 5-14 éves korosztály körében. Illetve a kecskeméti Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoportja által kidolgozott Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztési Program, melyben óvópedagógus és tanító szakos hallgatók vesznek részt.

### **1.3. Egészségmagatartás**

#### ***1.3.1. Az egészségmagatartás fogalma***

Az egészségmagatartás fogalmának (health behavior) értelmezését nehezíti, hogy az angol behavior szónak két jelentése is van: az egyik a viselkedés, a másik a magatartás. Bár a külföldi szakirodalomban e két fogalmat többnyire egyetlen szó (például behavior) jelöli, a magyar nyelvben – általában szinonimaként – mindkettőt használjuk, azoknak a változásoknak a jellemzésére, amelyek egy egyed (többnyire, de nem kizárólag állat vagy ember) viselkedésmintázatában bekövetkeznek. Ha ezeket emberre, sőt az ember lelki működésére is rávetítjük, ésszerűnek látszik megkülönböztetni a két fogalmat. A viselkedés szóval a viselkedésmintázatban, illetve ehhez kapcsolódva a belső állapotban bekövetkező változásokat jelöljük függetlenül attól, hogy az emberben vagy állatban jön létre, reflexes, ösztönös vagy éppen tudatos jellegű-e (Skinner, 1985). Ezzel szemben a magatartás kifejezést csak azokra a viselkedési mintázatokra tartjuk fenn, amelyekben akaratlagos, tudatos, tehát a viselkedő egyén szándékát is tükröző komponens is megjelenik. A magatartás tehát a viselkedés egy speciális, magasabb rendű formája, mely főleg (bár nem kizárólag) az emberre jellemző. Mindkét fogalmat holisztikus, egész értelemben használjuk, azaz a mozgásmintázatban a külső elemekben bekövetkező változások mellett beleértjük a belső állapotváltozásokat is, tehát mind a zsigerműködésben észlelhető eltéréseket, mind pedig az érzelmi és kognitív szint változásait (Zipf, 1949). Ennek megfelelően a viselkedésnek (és következésképp a magatartásnak is) egyaránt

vannak látható (overt) és szemmel nem megfigyelhető (covert) komponensei, ez utóbbiak műszeres eszközökkel észlelhetők, illetve következtetni tudunk rájuk (Bárdos, 2001). A magatartás (behavior) definíciója különböző elemeket foglal magában: (1) a tevékenységet (például megvenni/használni), (2) a célt (például egy óvszer) és (3) a kontextust (például testi együttlét a partnerrel/házastárssal). A magatartás változása bármelyik elem változását jelentheti. Egy egészségnevelőnek e miatt meg kell terveznie a beavatkozást a meggyőződések megváltoztatásához (Kopp, 2001a), a meggyőződés, az attitűd és/vagy a szándék közötti kapcsolatok megerősítéséhez (Kopp, 2001b). Magatartásváltozást azonban csak észlelt, perceptuálódott ingerek idézhetnek elő (Ádám, 1987).

A magatartás csak holisztikus szemlélettel érthető meg. Egyszerre kell tudatában lenni a biológiai háttérnek, a meg nem változtatható fiziológiai mechanizmusoknak, a struktúra által adott kereteknek, és ugyanakkor látni kell a kultúra, a társadalom, az emberi lét által megszabott tényezőket is (Gábor, 2006). Mindez azt jelenti, hogy vannak tipikusan emberi magatartások, amelyek kizárólag vagy döntően csak az ember sajátjai; ezek azonban éppúgy az élettani alapokra épülnek és a szervezet egészét érintik, mint az állati viselkedés különböző formái. Ahogy Bárdos (2001) fogalmaz „ezzel jó tisztában lenni, akár az egészséges embert akarjuk megérteni, akár a beteget akarjuk gyógyítani.”

Az egészségmagatartás egy lehetséges munkadefiníciója: „Olyan személyes attribúciók, mint amilyenek a meggyőződések, várakozások, motívumok, értékek, percepciók és más kognitív elemek; személyiségjegyek, magukban foglalva az érzelmi és emocionális állapotokat és egyéni sajátosságokat; és bizonyos viselkedési minták, tevékenységek és szokások, amelyek az egészség fenntartására, helyreállítására és fejlesztésére vonatkoznak” (Gochman, 1982).

A korszerű munkadefiníciónak magában kell foglalnia, az egyén legyen maga is tisztában, milyen jelentőséggel bírnak az egészségére a saját döntései (Gochman, 1988).is, úgymint táplálkozás (Szabó és Pikó, 2017), folyadékfogyasztás (Antal, Schidt és Bíró, 2015), a testmozgás (Somhegyi, 2015) illetve az egészséges környezet (Tompá, 2015) az egyén egészségi állapotára, jóllétére.

### ***1.3.2. Preventív és protektív viselkedés***

A WHO 1946-os definíciójából kiindulva „az egészségmagatartás azokat a tevékenységeket jelenti, amelyekbe azok a személyek kezdenek bele, akik azt hiszik, hogy jól vannak, és azok, akik nem érznek semmilyen betegségjelet vagy tünetet, és céljuk a jóllét fenntartása”. (Rosenstock, 1974b idézi Nagy és Barabás, 2011).

Ezek olyan preventív viselkedésminták, amelyek célja, hogy az egyén megelőzze az egészségromlás bekövetkeztét (*Belloc és Breslow, 1972*) pl. biztonsági öv használata. Ezek manapság már a szűrővizsgálatokon történő megjelenést is magukba foglalják (*Hudson és mtsai, 2002*), aktulis kutatási téma, hogy az előzetes ismeretek milyen mértékben befolyásolják a szűrővizsgálaton történő megjelenést (*Paulik, 2017a*)

A hetvenes évek végén az egészségvédő viselkedésminták (health protective behaviors) terminust vezette be *Harris és Guten (1979)*: például a rendszeres jóga, kocogás vagy a vitaminok túlzott fogyasztása, amely az A, D, E, K vitaminok estén súlyos egészségkárosodáshoz is vezethet (*Lam és mtsai., 2006*), így ma már csak orvosi kontroll mellett javasolják használatukat. Az egészségvédő viselkedésminták közé tartozik a tisztítószeres kezelés is, ám *Tompa Anna (2015)* rámutat, hogy ma sem ismertek a „házipatikák”, főzéshez és tisztításhoz használt vegyszerek veszélyei, így ezen a téren 1979 és 2015 között eltelt 36 évben nem sikerült komoly eredményt elérni.

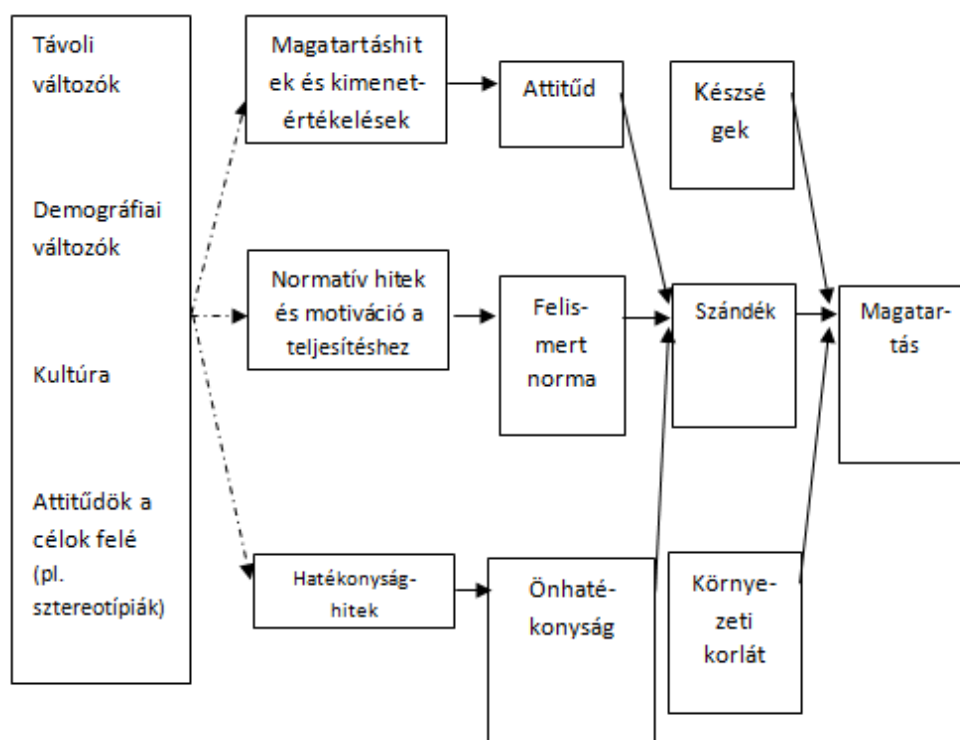
*Mechanic (1966/1972, 1978)* és *Suchman (1965/1972)* elvégezte a segítséget kereső viselkedésminták részletesebb elemzését. A Mechanic-modell része az egyén azon felismerése, hogy szüksége van tanácsra, hogy döntéseihez és tanácsadójának megválasztásához kéri-e más segítségét (*Mechanic, 1966/1972*). Bár sok elméletet alkalmaznak az egészséggel kapcsolatos magatartáskutatásokhoz, *Fishbein és Yzer (2003)* szerint három elmélet a legátfogóbb, melyek széleskörűen használatosak az egészségmagatartáskutatásokban és -fejlesztésekben: (1) az egészséghit modell (Health Belief Model) (*Rosenstock, 1974a*); (2) a szociális kognitív elmélet (Social Cognitive Theory) (*Bandura, 1977*); (3) a szándékolt és nem szándékolt cselekvés elmélete (Theory of Reasoned Action) (*Ajzen és Fishbein, 1980; Fishbein és Ajzen, 1975*).

A szándékos cselekvés elmélete alapján egy adott magatartás megvalósulása elsődlegesen egy személy magatartásteljesítési szándékának erősségétől függ. Egy adott magatartás teljesítésének szándéka a változásban úgy tekinthető, mint két faktor funkciója: nevezetesen a személy attitűdje a viselkedés teljesítésére vagy a személy szubjektív normája a viselkedéssel kapcsolatban. Az attitűd a magatartási nézetek egy funkciója és azok értékelő aspektusai. A szubjektív normákat úgy tekintik, mint a normatív meggyőződések egy funkcióját és a teljesítés motivációkat. Így a legtöbb magatartáselmélet szerint három kritikus meghatározója van egy személy szándékainak és magatartásainak: (1) a személy attitűdje a magatartás teljesítése felé, amely valakinek a meggyőződésén alapul a magatartásteljesítésnek pozitív és negatív következményeiről (előnyök és költségek) (*Janz és Becker, 1984*); (2) a felismert normák, amilyen az egyéni interakciók észlelését is magukban foglalják, illetve azokat, akik a legteljesebben támogatják a személyeket a magatartás elfogadásában és másokkal a közösségben, akik végrehajtják a magatartást (*Bandura, 1986*); (3) az önhatékonyság, amely magában foglalja a személyek észlelését arra vonatkozóan, hogyan tudják teljesíteni a magatartást az erőpróbát jelentő körülmények széles választékában,

azaz *Fishbein* (2000) szerint, ha egy személy erős szándékot érez egy adott magatartás teljesítésére, és rendelkezik a szükséges készségekkel, képességekkel a magatartás megvalósítására, valamint ha nincsenek környezeti korlátok a magatartás teljesítésének megakadályozására, úgy nagy valószínűséggel teljesülni fog a magatartás. A modell közvetlen implikációja, hogy nagyon különböző típusú interakciókra lehet szüksége azoknak az embereknek, akik ugyan kigondolnak egy viselkedésváltoztatást, de képtelenek végrehajtani azt, mint azoknak, akik kevés szándékkal bírnak, vagy nincs is szándékukban a javasolt egészségvédő viselkedésminta végrehajtása (*Fishbein*, 2000). Néhány populációban vagy kultúrában lehet, hogy azért nem teljesíthető egy magatartásminta, mert az emberekben még nem alakult ki a szükséges szándék a magatartásminta teljesítésére, míg másokban a készségek hiánya vagy a környezeti korlátok jelenléte lehet a probléma (*Bandura*, 1986). Természetesen, ha az emberekben kialakult a kívánt szándék egy magatartás teljesítésére, de nem végzik el azt, egy sikeres beavatkozás közvetlenül ki tudja alakítani a készségeket, vagy megváltoztatja a környezeti kényszerítő erőket. A modell három elsődleges szándék-meghatározó tényezőt követel meg (*Fishbein és Ajzen*, 1975): (1) attitűd a viselkedés teljesítésére, (2) felismert normák a magatartás teljesítésére vonatkozóan, (3) önhatékonyság a magatartás teljesítését illetően. Fontos a felismeréshez az, hogy ennek a három szociálpszichológiai változónak – amelyektől függ a magatartás és a populáció léte egyaránt – a jelentősége relatív. Így például egy viselkedésminta lehet elsődlegesen meghatározott az attitűd figyelembevételével, míg egy másik lehet elsődlegesen befolyásolt az önhatékonyság érzése által. Hasonlóan egy magatartás, amely attitűd által vezérelt egy populációban vagy kultúrában, lehet normák által vezérelt, míg egy másikban ez elképzelhetetlen. Így, mielőtt kialakítanánk a kommunikációs stratégiánkat, melynek célja a szándékok és attitűdök megváltoztatása, először fontos meghatározni a szándékot meghatározó normatív avagy önhatékonysági kontroll mértékét a populációban az adott témát illetően (*Fishbein és Ajzen*, 1975), melyben fontos támaszunk lehet az adott populáció morbititási és mortalitási mutatóinak megismerése (*Ádány*, 2006), illetve élhetünk a különböző kommunikációs csatornák – így akár a vizuális kommunikáció – lehetőségeivel (*Paulovkin*, 2015).

A modell bemutatja, hogy az attitűdök, a felismert normák az önhatékonyság alapjául szolgálnak a magatartás teljesítésének kimeneteléről kialakult meggyőződések (*Fishbein és Yzer*, 2003). A 2. ábra részletezi a tradicionálisabb demográfiai, személyiségi, attitudinális és más egyéni különbségi változók (például felismert veszély) szerepét. A modell szerint a változók e típusai elsődlegesen indirekt szerepet játszanak a magatartás befolyásolásában. Ezek a távoli változók, mint kulturális és egyéni különbségek is, a meggyőződés-struktúra alapjául szolgálnak (*Fishbein*, 2000). A modellt a mai napig alkalmazhatjuk, azonban egyre nagyobb szerepet kap benne az egyén intrinzik motívációja, amit a mélyebb ismeretek kialakításával lehet elérni, így akár önmaga (például

rendszeres testmozgás szükségessége) (Somhegyi, 2015), vagy társai (például egy krónikus beteg) (Madarasi, Altmann és Blatincky, 2015) egészséggel kapcsolatos igényeire is másképp reagál.



2. ábra. Egy integrált modell a magatartás előrejelzéséhez (Fishbein és Yzer, 2003)

Az integrált modell használatának első lépése a magatartás azonosítása, amelynek megváltoztatását vagy megerősítését célul tűzzük ki. Első lépésben fontos megkülönböztetni a magatartásokat, magatartási kategóriákat és célokat. Megváltoztatandó specifikus magatartás például: 20 perc séta háromszor egy héten; magatartási kategória például: gyakorlatok végzése; cél például: a testtömeg csökkentése (Fishbein, 2000), vagy a napjainkban egyre mélyebben kutatott alváshigiéné, azaz a megfelelő minőségű és mennyiségű alvás szerves jelenléte a napirendünkben (Purebl, 2015).

## 1.4. A fiatalok reprodukív magatartásának fejlesztése

### 1.4.1. A nemi, azaz a szexuális nevelés céljai, módszerei

Szilágyi (2004) megfogalmazásában a szexuálpedagógia, a pedagógia nemi nevelést tanulmányozó és fejlesztő szakága, amely saját elmélettel, módszertannal és gyakorlattal rendelkezik, illetve erőteljesen kapcsolódik a pedagógia egyéb vonulataihoz is. A nemi nevelés szerteágazó feladat, mivel a családi életre történő



komplex felkészítést is magában foglalja. *Kilander* (1970) munkáiban a nemi nevelés összetettségét fogalmazza meg: „...a nemi nevelés mai megfogalmazásban magában foglalja mindazokat a nevelési eljárásokat, amelyek segíthetik a fiatalokat az élet ama problémáira való felkészülésben, amelyeknek központja a nemi készítés, és amelyek elkerülhetetlenül előfordulnak valamilyen formában minden normális ember életében. E problémák az élettapasztalatok hatalmas sorára terjednek ki, a személyes szexualitási higiéné egyszerű kis ügyeitől a sikeres házasság és családi viszonyok rendkívül bonyolult egészségügyi, szociálpszichológiai és erkölcsi problémáig” (*Kilander*, 1970 idézi *Szilágyi*, 2004). *Scarbath* (1970) német szexualpedagógus megfogalmazása szerint: „...a nemi nevelés azoknak a pedagógiai célkitűzéseknek, eljárásoknak és intézményesített feltételeknek az összessége, amelyek az emberi nemiség valamennyi aspektusát érintő... tanulási folyamatokra irányulnak” (*Scarbath*, 1970 idézi *Szilágyi*, 2004).

A nemi egészség megteremtése a nemi nevelés elsődleges célja. A korszerű szexuális kultúra nem csupán a szexualitással kapcsolatos veszélyek elhárításának a tapasztalatát, illetve a szeretkezési technikák ismeretét jelenti, hanem hangsúlyozza a nemi esélyegyenlőséget is (*Edwards és Coleman*, 2004). A nemi egészség a WHO 1975-ben kelt meghatározása szerint „a nemi élet testi, érzelmi, intellektuális és szociális oldalainak olyan integrációja, amely pozitíven gazdagítja és fejleszti a személyiséget, a kommunikációt és a szerelmet... mindenkinek joga van nemi felvilágosításra, és arra, hogy a nemi kapcsolatokat ne csak a nemzés, hanem az örömszerzés lehetőségeként fogadja el” (*Szilágyi*, 2004).

A nemi szocializáció a pszichoszexuális fejlődést, a reprodukív egészséget, a testképet, a különböző nemi szerepeket és kapcsolatokat is magába foglalja. A szexualitás a biológiai dimenzió kívül a szociokulturális és a pszichológiai dimenzióra is irányul, kognitív (informálódás), affektív (érzelmelek és attitűdök) valamint viselkedési (döntéshozatal, szokások) vonatkozásban egyaránt. Mindezekből következik, hogy a nemi szocializáció színtere messze túlmutat az osztályterem falain: a kortársak és a média szerepe kiemelkedő (*Ward*, 2003).

Az erkölcsi felfogás és egyéni értékrend kialakítása is nagymértékben befolyásolja a nemi és párkapcsolati viselkedést. Az erkölcsi nevelés nem csupán nemi erkölcsre nevel, a nemi nevelés pedig nem csak az erkölcsös viselkedésre tanít, hanem bizonyos készségeket és képességeket is fejleszt. Az alapvető világnézeti beállítottság és értékrend önmagában nem határozza meg a nemi viselkedést, mert abban sok más tényező is szerepet játszik. A személyiség nemi szféráját tehát áttételesen, indirekt módon is lehet alakítani, a már korábban említett transzferhatásnak köszönhetően, amely a nevelés más területeiről származik. Köszönhető ez annak, hogy a személyiség integrált rendszer, és vonatkozik rá az egész-rész szabály: ha a személyiség bármely részét éri valamilyen hatás, inger, akkor annak eredményeként visszahat az egész személyiségre (*Beach*, 1999).

A nemi neveléshez szorosan kapcsolódik az egészséges életmódra nevelés is, mivel az egészséges életmód alkotórésze az egészséges nemi élet, a kiegyensúlyozott párkapcsolat. Az egészségnevelés célja az egészség korszerű fogalmából kiindulva az optimális testi, lelki és szociális jóllét biztosítása. A nemi nevelés külön felkészültséget igényel, amíg nincs metodikusan beépítve az egészséges életmódra nevelésbe. A nemi nevelésnek szoros kapcsolata van a családi életre neveléssel is, sok átfedés van közöttük, mivel a házaselet nemi élete része a családi életnek. A nemi életre és kapcsolatra azonban többnyire nem a házaselet során először kerül sor, így a nemi élet és a családalapítás elkülönítendő ezen a téren is. A nemi nevelés és a családi életre nevelés a modern életvezetésre nevelés része lehet, mely az egészséges életmódra neveléshez kapcsolódik. A családi életre nevelés és a nemi nevelés átfedik egymást, de egyben túl is mutatnak egymáson feladataikban (*Mabray és Labauve, 2002*).

A nemi nevelés célja és módszere különböző lehet; típusai a nemiséggel kapcsolatos, alapvető beállítottságot reprezentálják, mely lehet: pozitív, negatív vagy semleges. Ez alapján a nemi nevelés három alaptípusa ismert: a fejlesztő-segítő (progresszív), a távoltartó-elnyomó (represszív) és a magára hagyó-közömbös (passzív) nevelés. Ezek az altípusok hasonlóságot mutatnak Lewin és munkatársai által megállapított nevelési stílusokkal: az autokrata, a demokratikus és a „laissez-faire” stílussal (*Coulson, 1990*). Többnyire elég egyértelműen besorolható az adott nemi nevelés a *Szilágyi* (2004) által kialakított típusok valamelyikébe.

1. A fejlesztő-segítő nevelés hasznos, és fejlesztendő pozitívumként kezeli a nemiséget, ezért a fejlesztés a cél. Jellemzői: törekvés a pozitív nemi attitűdök és a kulturált nemi viselkedés kialakítására, a tervszerű nevelési ráhatásokkal.
2. A távoltartó-elnyomó nevelés a nemiséggel kapcsolatos negatív habituson alapszik. Kiindulópontja, hogy a nemiség csakis biológiai alapokon nyugszik, ezáltal célja a nemi ösztön kordában tartása, védelem a nemi élet veszélyeitől. Ennek módjai: izolálás a nemi ingerektől és információktól illetve a másik nemtől, a nemiség büntetése; a szexualitással kapcsolatos félelem és bűntudat keltése. Az ilyen nevelés eredményei a szorongások és a neurotikus zavarok.
3. A passzív nemi nevelés nem törekszik aktívan hatással lenni a nemi attitűdökre és viselkedésre. A látszólagos közömbösség oka lehet egy negatív beállítottság, amely szerint a nemiség tabu, így a nevelő nem akar vele foglalkozni, ám van olyan eset is, amikor a nevelő csupán nem akar beavatkozni a nemiség természetes kialakulásába. Mindkét esetre azonban igaz, hogy a közömbösség a nevelői felelősség elhárítását is maga után vonja (*Szilágyi, 2004*).

### ***1.4.2. A progresszív nemi nevelés, nemi funkciók ápolása és fejlesztése***

A nemi nevelés megkezdése előtt a nevelőnek a saját nemi beállítottságával kell tisztában lennie. A progresszív nemi nevelés négy elengedhetetlen célkitűzése (Williams, 2010):

1. Hiteles ismeretek, információk biztosítása a nemiségről, a növekedésről és fejlődésről, a fajfenntartásról, a nemi szervek anatómiájáról és fiziológiájáról, a maszturbációról, a házasságról és családi életről, a nemi reagálásról, a terhességről és szülésről, a fogamzásgátlásról és abortuszról, a nemi visszaélésekről, illetve a nemi úton terjedő betegségekről.
2. A nemi attitűdök és normák megismerésének biztosítása a fiatalok számára, hogy megértsék a felelősséget magukkal és másokkal szemben, kialakítsák saját értékrendjüket, növeljék önbizalmukat.
3. A kapcsolatlétesítés és kapcsolatfenntartás, kommunikáció, döntéshozatal és önérvényesítés készségeinek fejlesztésében segítséget nyújtani a fiatalabbaknak. Felkészíteni a fiatalabb generációt a felnőtt nemi szerepek elsajátítására, és képessé tenni őket a kölcsönösen örömszerző párkapcsolatokra.
4. A felelősségteljes nemi viselkedés gyakorlatának megtanítása, mely magában foglalja az éretlen, túl korai nemi kapcsolatoktól való tartózkodást, a nemi egészségvédelmet a nem kívánt terhesség és a nemi úton terjedő betegségekkel szemben a megfelelő óvszerek használatával.

A legvégső cél a nemi téren is egészséges felnőtt ember nevelése. Szilágyi (2004) felfogása szerint a korszerű nemi nevelés eredményeként az egyén képes:

A saját fejlődése terén tiszteletben tartani a saját testét, informálódni a gyermeknemzéssel kapcsolatban, a saját nemi beállítottságának elfogadására, és a másoké tiszteletben tartására.

A kapcsolatok terén a családi támogatás fontosságának megértésére, a szeretetet és az intimitás helyes kifejezésére, értelmes és tartalmas kapcsolatok kialakítására és fenntartására, a negatív, kihasználásra épülő kapcsolatok elkerülésére.

A személyes készségek terén a saját értékrend kialakításának megfelelő életvitelre, felelősségvállalásra a saját viselkedéséért.

A nemi viselkedés terén az élete folyamán szabadon tudja kifejezni és élvezni saját nemiségét saját értékrendjével összhangban. Különbséget képes tenni az önmagára - esetleg másokra is - káros nemi viselkedésminták és a fejlesztő viselkedésminták között. Tiszteletben tartja mások jogait, miközben kifejezi a sajátját.

A nemi egészség terén: hatékonyan alkalmazza a fogamzásgátlást a nem kívánt terhesség elkerülése érdekében. Biztonsági intézkedéseket tesz a nemi visszaélésekkel szemben. Nem kívánt terhesség esetén saját értékrendjének

megfelelően dönt. Eljár a terhesgondozásra. Megelőzi a nemi úton terjedő fertőzések megszerzését és azok továbbadását.

A társadalom és kultúra terén tiszteletben tartja az eltérő nemi beállítottságú embereket. Törekszik felelősen hatással lenni a nemiséggel kapcsolatos jogalkotásra. Figyelembe veszi a média hatását a szexualitással kapcsolatban. Mellőzi az előítéleteket és a szűklátókörűséget. Megpróbál másokat is nemi felvilágosításban részesíteni, terjeszti a nemi kultúrát.

A felnőtté válásnak két alapfeladata van: a pályaválasztás és a párválasztás sikeres megoldása. Jellemző az egyén képessége arra, hogy olyan hozzávaló partnert találjon, akivel kölcsönösen kielégítő testi és lelki kapcsolatban tudjon élni. Ez a dimenzió a pályaválasztási érettséggel együtt a pszicho-szociális érettség részét képezi, néhány olyan faktorral kiegészülve, mint a személyi autonómia, az alkalmazkodási készség és az önkontroll készsége, a kapcsolatteremtő készség és a magas fokú tudatosság (Szilágyi, 2004).

A nemi viselkedés területén is többféle értékrendszert figyelhetünk meg: például a hagyományos, elfojtó önmegtartóztatás mellett jelen van a felvilágosultabb puritanizmus, vagy a humanista liberalizmus is. A nemi nevelés erkölcsi normáihoz a humanizmus értékrendjéből kell kiindulni, mely az erőszak- és visszaélésmentes nemi viszonyok követelményét jelenti (Williams, 2010). A másik alapkövetelmény a közösség érdekeinek tudatos figyelembevételére és biztosítása. Ez bizonyos fókig korlátozza az egyén szabadságát, de ennek ellenében biztonságot és védelmet ad. A korlátozások csökkenő tendenciát mutatnak a személyes és társadalmi fejlődéssel párhuzamosan a WHO által elfogadott nemi jogoknak alapján. Mindenkinek jogában áll a saját nemi igényeinek kielégítése és fejlesztése, amennyiben felelőssége tudatában figyelembe veszi önmaga és a társadalom érdekeit (WHO, 2004). A humanista szexualitika normáit törekszik a társadalom domináns értékeire alapozni. Ez lehetetlen a gyakorlás, a kipróbálás lehetősége nélkül. Már Kentler (1970) is azt hangsúlyozza: amit nevelni kell, azt gyakoroltatni is szükséges.

További alapelvek Szilágyi (2004) értelmezésében:

A folyamatosság, bővítés és elmélyítés elve: a nemi nevelést a kisgyermekkoról kell elkezdni és folyamatosan végezni, méghozzá koncentrikusan bővülő körök mintájára, egyre szélesebb körben és egyre magasabb fokon.

Az egyéni sajátosságok és az életkor figyelembevételének elve: a nemi nevelés módszereit a gyermek fejlettségi szintjéhez kell igazítani.

Az aktív előkészítés és immunizálás elve: aktívan és időben készítsük fel a gyermeket a nemi élményekre, ne várjuk passzívan a kérdéseket; ezáltal immunizáljuk őket az esetleges egészségtelen hatásokkal szemben. Vegyük figyelembe, hogy a túl korai nemi felvilágosítás feltételezett veszélyei csekélyek a túl késői felvilágosítás ártalmas következményeihez képest.

A felvilágosítás és a jellemnevelés egységének elve: az ismeretközlés a jellemnevelést, a helyes attitűdök és szokások kialakítását segíti.

A személyes kapcsolat, a bizalom és az őszinteség elve: a nemi nevelés csak úgy lehet produktív, ha a kölcsönös bizalomra és teljes őszinteségre épül, amelyhez közvetlen, személyes kapcsolat szükséges (*Szilágyi, 2004*).

A közösség és a koedukáció elve: a progresszív nemi nevelés közösségi nevelés és koedukált nevelés, mely nem zárja ki az esetenkénti egyéni vagy nemeknek megfelelő foglalkozást bizonyos tantárgyak vagy szituációk esetén

A szakszerűség, a tárgyilagosság és a világosság elve: tudományos megalapozottsággal, elfogultságoktól és előítéletektől mentesen, közérthetően, tárgyilagosan kell a nemi kérdésekkel foglalkozni, hogy mindenki számára egyértelmű legyen.

A személyes példamutatás, a természetesség és a kongruencia elve: egészséges, pszichoszexuálisan is érett személyiséget feltételez, aki maga is a tanításainak megfelelően él és ezt nem tartja titokban.

A nemi nevelésre is igaz *Shiffman* (2009) megállapítása, miszerint egy téma annyira fontos a társadalmi tudat számára, ahányan és amilyen attitűddel az adott téma mögé állnak a társadalomból. Ezt egészíti ki *Molnár* (2015), miszerint a témát folyamatosan elő kell hozni, fenn kell tartani az érdeklődést, mint például a HIV/AIDS kérdését.

A nemi funkciók ápolása és fejlesztése kiemelt feladat. *Scarbath* (1970) már lassan ötven éve megállapította, hogy az iskolák szexuálpedagógiai feladata három fő tényezőre bontható: az oktatás tartalmi struktúrája, a tanulók helyzete az iskola társas szituációjában, és az iskola társadalomban betöltött szerepe. A legtöbb tantárgy keretén belül említést tesznek a nemiségre, a nemek kapcsolatára, de eddig próbálták a szexualitást elkerülni, amely megnehezítheti bizonyos összefüggések megértését (*Sielert, 2007*). A pszichoszexuális fejlődés a személyiség fejlődésének integráns része és fő irányvonala. A nemi nevelés célja, hogy kibontakoztassa a nemi képességeket, a nemi szerepeket és a nemi élet pozitív funkcióit. Ehhez azonban különböző politikai feladatok is társulnak, amelyeket együttesen szexuálpolitikának nevezünk. Ehhez szorosan kapcsolódik, hogy a legtöbb feladata az intézményes oktató-nevelő munkának van, ellenkező esetben a társadalomban öngerjesztő folyamatok indulnak el, amelyek akár a szexuális kultúra gyengüléséhez is vezethetnek (*Petzen, 2012*).

A koedukáció kérdése meghatározó az iskolákban. Könnyen előfordulnak nemi töltetű feszültségek és viselkedésformák, melyeket nem szabad figyelmen kívül hagyni vagy tiltani, mivel zavart okozhat a fejlődésben. Az iskola egyre többet vesz a család nevelési funkcióiból, és ebből a nemi nevelést sem maradhat ki, mivel az iskolai szituációkban adódhatnak szexuálpedagógiai feladatok (*Scarbath, 1970*), melyet a pedagógus nem csak tantárgyi oktatással, hanem személyes egészségmagatartásával is teljesít, úgy mint megfelelően reagál a felmerülő problémákra, vagy példát mutat a kollegáival a helyes kapcsolattartásra (*Gábor, 2006*).

### ***1.4.3. A Szexológiai Világszövetség nyilatkozata a nemi jogokról***

A szexualitás minden ember személyiségének szervesen hozzá tartozó része. Teljes kibontakozása olyan alapvető emberi szükségletek kielégítésétől függ, mint az érintés, az intimitás, az érzelemnyilvánítás, az élvezet, a gyengédség és a szeretet kifejezésének szüksége. A szexualitás az egyén és a társadalom kölcsönös viszonyában strukturálódik. Teljes kifejlődése az egyéni, az egyének közötti és a társadalmi jóllét szempontjából éppúgy nélkülözhetetlen (WHO, 2004).

A nemi jogok univerzális emberi jogok, amelyek alapja minden ember veleszületett szabadsága, méltósága és egyenlősége. Ehhez hasonlóan a nemi egészség is alapvető emberi jog. Az egyén és a társadalom egészséges szexualitásának biztosítása érdekében a következőkben meghatározott nemi jogokat minden társadalomnak el kell ismernie, támogatnia és védelmeznie szükséges. A nemi egészség olyan közegben alakul ki, amely az alábbi nemi jogokat elismeri és méltányolja (WHO, 2004):

- A tudományosan megalapozott nemi információkhoz való jog: a nemi ismereteket tudományos kutatások révén kell biztosítani, és a társadalom minden szintjén zökkenőmentesen kell terjeszteni.
- Az átfogó nemi neveléshez való jog: egész életen át tartó folyamat, amelyben minden társadalmi intézménynek részt kell vennie.
- A nemi egészség védelmének és ápolásának joga: a nemi egészséggondozásnak minden nemi probléma és betegség megelőzését és kezelését kell szolgálnia.
- A nemi szabadság joga: lehetővé teszi az egyén teljes nemi potenciáljának kifejeződését, azonban tiltja a nemi kényszer, kihasználás és visszaélés bármilyen formáját.
- A szabad nemi kapcsolatok joga: annak a lehetősége, hogy az egyén önként házasságot köthet, elválhat, vagy egyéb felelősségteljes nemi kapcsolatot létesíthet.
- A szabad és felelős döntés joga a gyermeknemzést illetően: bárki eldöntheti, hogy szeretne-e gyermeket vagy nem, illetve hány gyermeket akar és mikor, továbbá joga van a születésszabályozás eszközeivel élni.
- A nemi autonómia és a nemi szervek sértetlenségének és védelmének joga: biztosítja a saját nemi étellel kapcsolatos, autonóm döntések lehetőségét összhangban a személyes, a szociális és etikai értékekkel, illetve lehetőséget nyújt a saját test élvezetére és kontrolljára bármiféle kényszer, csonkítás vagy erőszak nélkül.
- A nemi magánélet joga: megadja a jogot a személyes döntésekre és viselkedésre az intimitás vonatkozásában, amíg ez nem sérti mások nemi jogait.

- A nemi élvezet joga: magában foglalja a nemi élvezetet, az önkielégítést is, mely a testi, lelki és szociális jó közérzet egyik forrása.
- Az érzelmek nemi kifejezésének joga: a nemi megnyilvánulás több mint erotikus élvezet vagy nemi aktus. Az egyénnek joga van szexualitását kommunikáció, érintés, érzelmi megnyilvánulás és szerelem útján kifejezni.
- A nemi egyenlőség joga: mentességet biztosít mindenfajta diszkriminációtól, amely a nemi hovatartozás, a nemi orientáció, az életkor, a fajta, a szociális osztály, a vallás vagy a testi és értelmi fogyatékoság ellen irányul (*WHO*, 2004).

## 1.5. Egészségnevelők, kortárssegítők

Manapság az élethosszig tartó tanulás általánossá válásával egyre több figyelmet kapnak az oktatási szféra dolgozói. A pedagógus és a kortárssegítő szerepköre is megkíván kompetenciákat, például a problémafeltáró, a problémamegoldó viselkedést és ezen túl az élethosszig tartó tanulás folyamatában a saját szakmai fejlődésre való törekvés szükségességét. A pedagógusokkal szembeni elvárások szerteágazók és az is előfordul, hogy az általuk betöltött szerepekkel szemben támasztott elvárások összeütközésbe kerülnek egymással, különféle szerepkonfliktusokat okozva (*Fengler és Jansen, 1984*).

Ezekre a szakmákra jellemző:

- a segítő attitűd,
- a segített érdekeinek előtérbe helyezése,
- a saját szükségleteik háttérbe szorítása,
- az általános emberi értékek melletti elkötelezettség (*Piczil, 2009*).

Gyakori probléma az órai fegyelem megtartása, és a növekvő arányú iskolai kriminalitás kezelése, visszaszorítása is (*Petróczi, 2003*).

Gondot okozhat még, hogy a különböző intellektuális, erkölcsi és szociális szinten álló diákok érdekeit egyszerre kell figyelembe venni (nehéz differenciáltan kezelni, illetve felismerni az objektív stresszorokat) (*Hoyer, 2015*), azonos egészségnevelési programot kell megvalósítani. A tanár megítélésekor a kívülállók jobban figyelnek a pedagógusok kommunikációs stílusára, mint a tudásszintjére (*Szabó Éva, 1999*), amely stresszt okozva rontja az oktatók teljesítményét (*Becker és Gonschorek, 1994; Petróczi, 2007*).

*Petróczi, Fazekas, Tombácz és Zimányi (1999)* kutatásai alapján a pedagógusokat, kortárssegítőket időben fel kell készíteni a stresszfaktorok kezelésére: a kortárssegítők pszichológiai képzésben részesülnek, emellett a problémáikat szervezett csoportokban is megbeszélhetik, megelőzendő a kiégés megjelenése (*Fülöp, 2015*)

A pedagógiai kompetenciát *Falus Iván (2006)* a tanári hivatáshoz alapvetően szükséges hozzáállás, készségek és tudás ötvözeteként határozza meg.

### 1.5.1. Az egészséges magatartásra nevelőkkel szembeni elvárások

Az egészségnevelőktől különböző képességek fejlesztését várják, például a helyzetfelismerés, a vélemény hangoztatása, a cselekvést megelőző állásfoglalás, a kivitelezés. Az alábbi felsorolás a *Gritz (2007)* által, az egészségnevelőkkel szembeni elvárásokat tartalmazza:

- készüljön fel a várható tennivalókra, az új feladatokra, a felmerülő problémák megoldására az egészség megvédése érdekében,



- képes legyen az egyén, a család, a közösség és a társadalom egészségvédelméről és az egészség helyreállításáról szóló megelőző munkában önálló felelősséggel részt venni,
- alakítson ki a tanulóban érvelési képességet, megvalósítási hajlandóságot az egészségmegőrzés területén,
- ismerje az egészség fogalmát és kritériumait, valamint az ember szomatikus, pszichés és szociális állapotának sajátosságait; az egyén, a család, a közösség és a társadalom egészségvédelmének és az egészség helyreállításának tudományos alapjait,
- ismerje az egészséges szervezet működését, az egészségkárosodások tényezőit, megelőzésük lehetőségeit, fontosabb morfológiai és funkcionális jellemzőit,
- a reproduktív egészséggel kapcsolatos etikai megfontolásokat,
- vegye figyelembe a kulturális különbségeket,
- a tantárgy oktatása során az egészségtudomány ismereteinek megfelelő ismereteket közöljön,
- a tanítás módszere támaszkodjék a mindennapok tapasztalatára, az élet kritikus mozzanatainak megoldására (*Gritz, 2007*).

Az egészségvédő magatartás elemeit gyakorolni, az egészségtudatosabb viselkedés választásának egyéni képességét fejleszteni szükséges. A fentieket összefoglalja, illetve kiegészíti *Simon és Székely (2010)* kritériumrendszere:

- filozófiai elkötelezettségű szakértő,
- specializálódott egészségügyi szakember,
- humánus, segítő beállítottságú pártfogó,
- kezdeményező készségű szervező,
- képes a paradigmaváltásra az egészségnevelő munkában,
- képes a közösségi egészségnevelő feladatit betölteni.

A szakértelem valamely szakterülethez kapcsolódó, professzionális eszközkészlettel támogatott tudás, melyet nehéz átvinni egyik szakterületről a másikra, mivel adott kontextusban használható fel (*Csapó, 2008*). A szakértő pillanatok alatt felismeri azokat a szituációkat, amelyekkel szakértő tevékenysége során gyakran szembesül, és a problémamegoldás során alkalmazza a rendelkezésére álló kész megoldási sémákat (*Csikos, 2007*). A szakértelem elsajátítása nem korfüggő, bármikor tanulhatunk új sémákat, új fogásokat és ez a tudás kumulálódik (*Iuga-Gombos, 2013*). A szakmai felkészültség elengedhetetlen a tanulók hatékony megismeréséhez (*Dávid, Estefánné, Farkas, Hidvégi és Lukács, 2008*), a kortárssegítő képzés területén is. Az egészségfejlesztésben képzett szakemberek számára elengedhetetlen a szakértelem, amely fejlődéséhez különböző szakmai programok, továbbképzések, tréningek, konferenciák járulnak hozzá (*Oktatási Minisztérium, 2004*).

### ***1.5.2. Egészségnevelés, egészségmegőrzés az iskolában***

*Naidoo és Wills* (1999) szerint iskolai feladat, hogy a tanulók már a korai életkorban elsajátítsák az egészségügyi ismereteket, megtanulják a helyes hozzáállást és viselkedésformákat. A gyermekek által befogadható információmennyiség függ a felfogóképességtől, az életkortól és attól, éppen milyen befolyások érik őket. Az iskolai egészségnevelés csupán egyike azoknak a tényezőknek, amelyek a fiatalok viselkedésére hatnak (*Molnár, 2015*), ám a legfontosabb információforrások közé tartozik (*Devosa, 2016*).

Az iskolai egészségnevelés fejlesztésében visszatükröződnek az egészségnevelési és egészség-megőrzési szemléletmódok (*Naidoo és Wills, 1999*). Az egészségnevelést úgy fogják fel, mint amely tudatos döntéshozatalra tanít, és az önbecsülést is fejleszti. Az egészségügyi ismeretek a multidimenzionális szemléletmódot tükrözve széles skálán mozognak az élettani ismeretektől kezdve egészen a környezetet és a közösségeket érintő problémákig. Az egészségnevelési projektek előtérbe helyezik a tapasztalatokra épülő tanulást és az a jó, ha a figyelem a gyerekek és a fiatalok szükségleteire irányul. Az autonómiára és döntéshozatalra való képzés mellett hagyományos információközvetítési módszereket is alkalmaznak. Könnyű belátni, hogy az életmódon változtatni csak az egészségesebb életéről nyert információk birtokában lehet (*Naidoo és Wills, 1999*).

Az egészségnevelés a tananyag része, de az egészségmegőrzés szempontjából számos lehetőség adódik: létezik a nem tervezett „rejtett tanterv” is (*Szabó, 1988*), amely lényege, hogy „rendszeresen és hatékonyan történik valami összefüggésben az iskolai tanítás tartalmával és követelményeivel, ami nem tervezett, ami a tudatos, deklarált pedagógiai törekvésekben nem szerepel célként: például kíváncsi emberré formál, logikus gondolkodásra nevel” (*Korbély, 2001*). Ez egy olyan lehetőség, melynek segítségével a gyerekeknek és a fiataloknak a saját iskolai életükből, tapasztalataikból, környezetükből és kapcsolatrendszerükből levonható ismereteket adhatunk át, főképp annak ismeretében, hogy *K. Nagy Emese* (2015) tanulmányában rávilágít: „... a rendszer háttérében megbúvó, rejtett tanterv sokszor hatékonyabb, mint a hivatalos tanterv”. Az iskolai egészség-megőrzési tevékenység többféle aspektusból is megközelíthető. Ide sorolható a fizikai környezet, az iskola és a lakóközösség kapcsolattartása, a tanulás alatt szerzett élmények, tapasztalatok jellege, a fegyelmezési módszerek, az ellátási, támogatási lehetőségek és általában véve maga az iskola légköre, szellemisége. Önmagában az iskola mint a nagyobb közösség része, az egészséges környezet kialakításában kiemelkedően fontos tényező. Az egészségmegőrzésre irányuló objektív célkitűzések közé soroljuk a tudásszint-, a hozzáállás- és a viselkedésváltozásokat, valamint azokat a változásokat is, amelyek a környezetben mennek végbe (*Nagy és Barabás, 2011*).

Egy komprehenzív egészségnevelés tanterv olyan tervezett tanulási tapasztalatokból áll, amelyek segítik a tanulókat a kívánatos attitűdök és a kritikus egészségkimenetekre vonatkozó szokások elérésében (*Nagy és Barabás, 2011*).

Az iskolai egészség felöleli a tanulók tanítását az egészségről és az egészséggel összefüggő viselkedésmintákról. A tanterv és a programok az iskolák elvárásain és az egészségi állapoton alapulnak. Az iskolai egészségnevelés (school health education) magában foglalja mindazon stratégiákat, tevékenységeket és szolgáltatásokat, amelyeket az iskolák, az iskolákban vagy az iskolákkal összefüggésben ajánlanak, amelyeket úgy terveznek, hogy elősegítsék a tanulók fizikai és érzelmi fejlődését, szociális kompetenciájuk fejlesztését, alkalmazkodjon igényeikhez (*Feith, Melicher és Falus, 2015*).

## 1.6. A kortárssegítés elméleti háttere

Már *Turner és Shepherd* (1999) is megállapította, hogy a kortárssegítés szakirodalmában nagyon kevés az elméleti háttér, jöllehet csak az angol Egészségügyi Oktatási Hatóság (Health Education Authority, HEA) két kiadványával is támogatja a kortárssegítő oktatást és a kortárssegítők munkáját (*Clements és Buczkiewicz*, 1993 idézi *Turner és Shepherd*, 1999; *HEA*, 1993). A kortárssegítéssel kapcsolatban *Perry és Sieving* (1993 idézi *Turner és Shepherd*, 1999) tanulmányukban kifejtették, hogy a feladat differenciálása felületes, gyakran hiányzik a munkához kapcsolódó elemzés vagy a vizsgálat. Ezek elmaradása *Perry és Sieving* (1993) publikációja szerint nem mindig véletlen.

A kortárssegítés gyökerei szerteágazók, találhatók benne utalások például a társadalompszichológia területére, a szociológiára és a pedagógiára is, de feltűnő, hogy a kortárssegítésről szóló irodalom sokszor inkább feltevéseken alapszik, mintsem gyakorlati alkalmazáson. Az elméletek alkalmazási körét érintő kortárssegítő képzésnél *Peers és munkatársai* (1993 idézi *Turner és Shepherd*, 1999) szerint figyelembe kell venni azt, hogy vannak kidolgozott elméletek, amelyek megmagyarázzák a kortárssegítő oktatás hatékonyságát, míg néhány elmélet csak a kortárssegítő oktatási gyakorlati alkalmazásának korlátait és gyakorlatát említi. Az elméletek is nagyon különböző filozófiai forrásokból erednek, különösen igaz ez a megállapítás néhány szociológiai és pszichológiai elméletre (*Wilton és mtsai*, 1995 idézi *Turner és Shepherd*, 1999). A magyarországi helyzetkép is nagyon hasonló mind a mai napig(!), ezért kimondottan fontos, hogy a nyugat – európai és az Egyesült Államokban szerzett korai tapasztalatokat is feldolgozzuk (*Molnár*, 2015).

### 1.6.1. A kortárssegítő oktatás kezdetei az angolszász területeken

*Wagner* (1982 idézi *Turner és Shepherd*, 1999) szerint a kortárssegítő oktatás története Arisztotelészig vezethető vissza. A történelem során számos kezdeményezés történt a kortárssegítés terén. Érdemes megemlíteni a korai 1800-as években Londonban a Joseph Lancaster által létrehozott „megfigyelő rendszert”. Ennek a kezdeményezésnek az a lényege, hogy a padsorokban úgynevezett „megfigyelők” is ültek, akik figyelték a tanárt, majd a kapott információkat továbbadták a többi tanulónak (*Gerber és Kauffman*, 1981 idézi *Turner és Shepherd*, 1999). Egy másik kezdeményezés a diákok influenza védőoltásának népszerűsítése 1957-ben a Nebraskai Egyetemen (*Helm és mtsai*, 1972 idézi *Turner és Shepherd*, 1999).

A nyolcvanas évek végétől az USA-ban a kortárssegítők általi képzést már sikerrel használták azokban az egészségügyi projekteknél, amelynek a célja, hogy csökkentse a fiatalok körében a dohányzást (*Perry és mtsai*, 1983 idézi *Turner és*

*Shepherd, 1999; Klepp és mtsai, 1986 idézi Turner és Shepherd, 1999; Nash, 1987; Armstrong és mtsai, 1990 idézi Turner és Shepherd, 1999; Morgan és Eiser, 1990; Telch és mtsai, 1990 idézi Turner és Shepherd, 1999; Wiist és Snider, 1991 idézi Turner és Shepherd, 1999; Abernathy és Bertrand, 1992 idézi Turner és Shepherd, 1999), azonban még 2015-nem is 1,1 milliárd 15 évnél idősebb dohányosról volt tudomása a WHO-nak (Demjén, Kiss és Viski, 2017). A kábítószer-használattal történő visszaélés területén is történtek kortárssegítő kezdeményezések (Hansen és Graham, 1991 idézi Turner és Shepherd, 1999; McKegarny és Barnard, 1992 idézi Turner és Shepherd, 1999; Rhodes, 1994 idézi Turner és Shepherd, 1999; Klee és Reid, 1995 idézi Turner és Shepherd, 1999), mely probléma azóta is aktuális (Kiss, 2016).*

Az angolszász területen már a kilencvenes évek elejétől egyre nagyobb jelentősége volt a kortárssegítő oktatásnak a HIV-fertőzések megelőzésében és a reprodukció, illetve a szexuális egészségfejlesztésben. 1991-ben a WHO megbízásából egy átfogó jelentés is készült a HIV-megelőzéssel kapcsolatos kortárssegítő oktatási kezdeményezésekről (Perry és Sieving, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999). 1993-ban a Manchesteri Egyetem egy államilag finanszírozott felmérés kereteiben a HIV-megelőzés három ifjúsági projektjét értékelte (Peers és mtsai, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999). Két HEA kiadvány született ennek eredményeképpen:

1. Peers in Partnership: HIV/AIDS Education with Young People in the Community (HEA, 1993), és
2. Approaches to Peer-led Health Education: A Guide for Youth Workers (Clements and Buczkiewicz, 1993)

A magyarországi HIV/AIDS prevenciók munkáiban során szembesültek itthon is a kutatók azzal, hogy a kommunikáció eszközei (Molnár, 2015) és a prevenciók munkáiban alkalmazott frontális oktatási forma nem megfelelő (Feith, Melicher és Falus, 2015).

### **1.6.2. A kortárssegítés alkalmazásának helyszínei**

A kortárssegítő oktatás számos különböző helyszínen folyik (nem csupán iskolai keretek között történik), ezzel az a céljuk az oktatóknak, hogy minél szélesebb körben elérjék a segítségre szoruló fiatalokat. Ezek közé tartoznak például az ifjúsági központok, a közösségi központok. A helyszín kiválasztásának szempontja függ az egészségfejlesztésre kiválasztott csoporttól. Gyakran olyan közösségi helyeket (színház, stand, kiállítás, bár) választottak az oktatás helyszínéül, ahol bizonyos kockázatnak kitett csoportok (például homoszexuálisak) gyakran megfordulnak. Ezeken a helyeken könnyebb kötetlenül beszélgetni az érintettekkel olyan témáról is, mint a HIV-fertőzés (Turner és Shepherd, 1999).

### **1.6.3. A kortárssegítő oktatás módszerei**

A kortárssegítő képzés terén különböző módszereket alkalmaznak (*Turner és Shepherd, 1999*). A kortárssegítő oktatás bizonyos formái a formális tanítás módszereihez hasonlóan alkalmazhatók, úgymint a frontális osztálymunka az iskolában, vagy a csoportos megbeszélés egy ifjúsági központban. Az eredményesség érdekében azonban más módszerekre is szükség volt, mint például a szemtől szemben érvelés és a tanácsadás. A kiválasztott módszerek a projektekkel kapcsolatban előzetes elvárásoktól függtek. Az információk átadása a legtöbb esetben a viselkedésváltozása, készségfejlesztés vagy közösségformálás célját szolgálta. A módszereket úgy választották ki, hogy azok jól illeszkedjenek a helyi vagy kulturális célcsoporthoz. Egyes projektek különböző módszereket alkalmaztak, míg mások folyamatosan egy módszert használtak (*Turner és Shepherd, 1999*). Magyarországon a kortárssegítés alapjait a Semmelweis Orvostudományi Egyetem Társadalomorvostani és Orvostörténeti Intézetének munkatársai tették le 1993-ban, amikor elkezdték a kortársoktatást (*Simon és Molnárné, 2000*). A megfelelő kommunikációs technika alkalmazása is fontos a sikeres információátadáshoz (*Molnár, 2015*), akár olyan „rejtett” információközlésre is sor kerülhet, mint a különösen érzékeny csoportot alkotó beteg gyermekeknél a bohócdoktorok munkája, akik nem csak elterelik a gyermekek figyelmét a betegségükről, hanem segítenek elfogadni a kezelés szükségességét is (*Béres, 2015*).

### **1.6.4. A kortárssegítő oktatás alkalmazásának előnyei**

Abban, hogy miért előnyös, ha kortárssegítőkre bízák a fiatalok oktatását, nem minden forrás ért egyet, azonban a kortárssegítés szakirodalmában 10 gyakran használt indokkal találkozhatunk:

1. A kortárssegítőkre alapozott oktatás sokkal költséghatékonyabb, mint más módszerek (*Jones, 1992* idézi *Turner és Shepherd, 1999; HEA, 1993; Peers és mtsai, 1993;*).
2. A kortárssegítők hiteles információforrások (*Perry, 1989; Woodcock és mtsai, 1992* idézi *Turner és Shepherd, 1999; Clements és Buczkiewicz, 1993* idézi *Turner és Shepherd, 1999; Jarvis, 1993; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015*).
3. A kortárssegítő oktatás felhatalmazást ad (empowering) a benne résztvevőknek a tudásuk átadására (*HEA, 1993; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015*).
4. Kiforrott eszköz az információk megosztására és a tanácsadásra (*Finn, 1991* idézi *Turner és Shepherd, 1999; Clements és*

- Buczkievicz, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Jarvis 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015).*
5. A kortárssegítők bizonyos információk átadásában sikeresebbek, mint a szakemberek, mert az oktatásba bevont hallgatók azonosulnak a társaikkal (*Clements és Buczkievicz, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Peers és mtsai, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).*
  6. A kortárssegítő oktatók pozitív példaképet mutatnak (*Perry és Sieving, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Clements és Buczkievicz, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).*
  7. A kortárssegítő oktatás azok számára is hasznos, akik oktatóként vesznek részt a munkában (*Klepp és mtsai, 1986 idézi Turner és Shepherd, 1999; Ford és Inman, 1992 idézi Turner és Shepherd, 1999; Hamilton, 1992 idézi Turner és Shepherd, 1999; HEA, 1993; Phelps és mtsai, 1994; Feith, Melicher és Falus, 2015).*
  8. A kortárssegítők általi oktatást elfogadják azok is, akik más oktatási formákra nem nyitottak (*HEA, 1993; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).*
  9. A kortárssegítők bevonásával azok is oktathatók, akiket nehéz megszólítani a hagyományos módszertani eszközökkel (*King, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Rhodes, 1994 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015; Molnár, 2015).*
  10. A kortárssegítő a folyamatos kapcsolattartás által megerősíti a tanultakat (*Jay és mtsai, 1984 idézi Turner és Shepherd, 1999; Kelly és mtsai, 1991 idézi Turner és Shepherd, 1999; Feith, Melicher és Falus, 2015).*

Ezen okok hitelességének magyarázatára a következő elméletekben találhatunk megerősítést (*Tones és Tilford, 1994).*

#### *A szociális tanulás elmélete*

A leggyakrabban idézett elmélet a szociális tanulás elmélete (*Peck és mtsai, 1981 idézi Turner és Shepherd, 1999; McKearney és Barnard, 1992 idézi Turner és Shepherd, Perry és Sieving, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999; Milburn, 1995 idézi Turner és Shepherd, 1999; Wilton és mtsai, 1995 idézi Turner és Shepherd, 1999; Brown, 1996 idézi Turner és Shepherd, 1999).* Az elmélet Bandura és munkatársai munkáján alapszik. A szociális tanulás elmélete azt állítja, hogy a modellezés fontos eleme a tanulási folyamatnak a lényege, hogy az alanyok megfigyelik az adott viselkedést, majd adoptálják a viselkedésmintát. Fontos a jutalmazás a megerősítésben, illetve, hogy az alanyoknak legyen lehetőségük gyakorolni a tanult viselkedést (*Bandura, 1977).* Az, hogy milyen mértékben alakul ki az egyénekben a modellezett viselkedés függ az egyéni sajátosságuktól,

illetve attól, hogy a megfigyelt személyek mennyire félnek a viselkedésük következményeitől. A tanulmányok alapján, ha valaki kisgyermekként agresszív példát lát, hajlamos lesz felnőttként is hasonlóan viselkedni (*Bandura és mtsai*, 1963). Bandura egy kifinomultabb elméletet dolgozott ki, hogy megmagyarázza a felnőttek miért mutatnak hasonló magatartást, mint a felnőtt példaképeik. Arra a megállapításra jutott, hogy a példakép hitelessége és a tanult viselkedés megerősítése a tanulási folyamat fontos eleme (*Bandura*, 1977). A kortárssegítő képzésben a szociális tanulás elmélete szempontjából lényeges a hitelesség, a felhatalmazás (empowering), a példakép követése és a megerősítés. A kortárssegítő oktatók esetében fontos a hitelesség a hallgatóság befolyásolása szempontjából. Annak érdekében, hogy igazi példaképek legyenek a társaik szemében, fontos, hogy a kortársaik láthassák őket, amint valóban gyakorolják is az oktatott viselkedést. Ezt követően lehetőséget kell biztosítani az oktatásban részt vett fiatalok számára a tanultak gyakorlására, melyet a pozitív megerősítés követ. A sikeresen megtanult és alkalmazott szociális viselkedés a résztvevők szociális kompetenciáit is fejleszti. Ez az elv az SOTE – EDUVITAL kortárs egészségnevelő képzésében is megjelenik, melyet 2016-ban is aktívan alkalmaznak (*Feith, Melicher és Falus*, 2015).

### *Hitelességelmélet*

A kortárssegítő oktatás - egyes állítások szerint - automatikusan feltételezi a kortárs oktatók hitelességét a kortárs csoporton belül (*HEA*, 1993). A szociális tanulás elmélete alapján akkor lesz hiteles példakép az oktató, ha magas státusszal bír a kortárs csoporton belül. A kutatások alapján a közösségek népszerű véleményformálói sikeresebbek voltak, mint maguk a kortárssegítő oktatók. A bizonyítékok arra utalnak, hogy a saját közösségeikben betöltött státusz volt a hatékonyságukat meghatározó tényező (*Wiist és Snider*, 1991 idézi *Turner és Shepherd*, 1999; *Kelly és mtsai*, 1991 idézi *Turner és Shepherd*, 1999; *Grossberg és mtsai*, 1993 idézi *Turner és Shepherd*, 1999). A státusz kérdése annál erősebben jelenik meg, minél fiatalabb korosztályról van szó, élesen megfigyelhető a gyerekek közötti bántalmazások esetén is (*Pozsvai*, 2015).

### *Modellkövetés-elmélet*

Úgy tűnik, a modellkövetés az egyik legfontosabb tényező a kortársoktatásban (*Klepp*, 1986, *Espelage és Swearer*, 2003). Rendkívül fontos a kortárssegítő oktatók szerepe, hogy ne csupán ismeretanyagot adjanak át, hanem pozitív példaképként szolgáljanak és modellezzék is a megfelelő viselkedést, mintegy ellentételeként az iskolában megjelenő negatív példaképeknek (*Várnai, Zsíros és Németh*, 2017). Természetesen ennek az elvárásnak is vannak korlátai, hisz nem lehet mindig, minden helyzetben a kortársakat figyelemmel kísérni, mégis törekedni kell rá. Ezt támasztja alá néhány visszajelzés, mely szerint például



a biztonságos szexualitás terén tartott előadások önmagukban csak mérsékelt változásokat idéztek elő a célcsoport körében (*Turner és Shepherd, 1999*). Az egészségfejlesztéssel foglalkozó szakirodalom jelentős része egyértelműen kijelenti, hogy a kortárssegítők hatékony egészségfejlesztő példaképként működhetnek (*Perry és Sieving, 1993* idézi *Turner és Shepherd, 1999, 1999*), illetve a szexualitás területén is hiteles elsődleges információforrást jelentenek (*Devosa, Kozinszky és Barabás, 2011*). *Grossberg és munkatársai* (1993 idézi *Turner és Shepherd, 1999*) hasonló eredménnyel alkalmazták a véleményformáló csoporttagokat egy amerikai főiskolai program során. Megfigyelték, hogy a véleményformáló kortársak viselkedése jelentős befolyással bírt társaikra. A hallgatók között a védekezés nélküli szexuális együttlét mértéke 39%-ról 24%-ra csökkent (*Grossberg és mtsai, 1993* idézi *Turner és Shepherd, 1999*). A szexualitás mellett az alkoholfogyasztás mérséklésénél is a kortárssegítőkkel végzett egészségfejlesztés hatékonyabb volt, mint amikor azt pedagógusok végezték a 14-15 éves fiatalok körében (*Perry és Grant, 1988* idézi *Turner és Shepherd, 1999*). Egy másik tanulmány azt mutatta, hogy a kortárssegítők hatékonyabbak a drogprevenációs munkában (*Hansen és Graham, 1991* idézi *Turner és Shepherd, 1999*). Sajnos kiderült a visszajelzésekből, hogy sokszor maguk a kortárssegítők sem élik azt az egészséges életvitelt, amit oktatnak (*Kelly és mtsai, 1991* idézi *Turner és Shepherd, 1999*), néhányan közülük akár még kábítószer-használók is lehetnek (*McKeganey és Barnard, 1992* idézi *Turner és Shepherd, 1999*; *Klee és Reid, 1995* idézi *Turner és Shepherd, 1999*). A modellkövetés megjelenése és sikere tehát nem egyértelműen bizonyított a kortársoktatás minden területén (*Peers és mtsai, 1993* idézi *Turner és Shepherd, 1999*).

### *Megerősítés-elmélet*

A szociális tanulás elméletét úgy lehet értelmezni, miszerint a kortárs segítők megerősítik a társaikban a társadalmilag tanult viselkedési mintákat. A behaviorizmusból kölcsönvett fogalom azt tükrözi, hogy miként lehet a kortársak közötti megerősítést a céljainkra felhasználni. *Kelly és munkatársai* (1991 idézi *Turner és Shepherd, 1999*) azt állították, hogy a módszer hatékony, mivel a fiatalok gyakran kérnek információkat a biztonságos szexről a véleményformáló hiteles kortársaiktól, akik rengeteg időt töltenek a saját korosztályuk társaságában, így lehetőséget adnak a viselkedési minták gyakori megerősítésre. Ennek hatékony voltára a szakirodalomban számos utalást találunk, illetve *Jay és munkatársai* (1984 idézi *Turner és Shepherd, 1999*) is azt állították, hogy a kortársak irányából érkező rendszeres megerősítés a hatékony reprodukív egészségügyi oktatási program sikerének kulcsa. A rendszeres és hatékony megerősítés megköveteli, hogy a kortársoktatók folyamatosan kapcsolatba legyenek társaikkal, azonban ez nem minden esetben valósulhat meg. Sokszor az oktatás kimerül egy-egy egészségnapi kortárssegítő által tartott előadásban, vagy az osztályfőnöki órán egy

meghívott szakember meghallgatásában, így csak egyszeri input éri a hallgatóságot, és így a megerősítés elmarad (*Tudiver és mtsai*, 1992 idézi *Turner és Shepherd*, 1999; *Phelps és mtsai*, 1994 idézi *Turner és Shepherd*, 1999, *Molnár*, 2015).

### *Felhatalmazás- és énhatékonyság-elmélet*

Egy másik hasznos fogalom a szociális tanulás elméletében az énhatékonyság. Ahogy *Bandura* (1977 idézi *Turner és Shepherd*, 1999) alkalmazta, ez a fogalom arra vonatkozik, hogy az ember bízik abban, hogy egy bizonyos viselkedésminta elhozza számára a sikert (*Bandura*, 1977 idézi *Turner és Shepherd*, 1999), ez alapján valószínűbb lesz a társadalmilag tanult viselkedésminta alkalmazása. Erre alapozva néhány kortárs oktatási-képzési program, mint például az asszertív tréning, tartalmazza a szociális készségek fejlesztését (*Valdeserri és mtsai*, 1989 idézi *Turner és Shepherd*, 1999). Több tanulmány is rámutat, hogy megtaníthatjuk a fiatalokat arra, hogyan álljanak ellen a későbbiekben a külső nyomásnak például szexuális téren, vagy a kábítószer fogyasztással kapcsolatban (*Howard és McCabe*, 1990 idézi *Turner és Shepherd*, 1999; *Bingham*, 1993 idézi *Turner és Shepherd*, 1999). Azonban ezek nem egyértelmű bizonyítékok. Sokkal inkább megfélemlési szándéknak tudhatók be (*Jay és mtsai*, 1984 idézi *Turner és Shepherd*, 1999) azon fiatalok részéről, akik részt vettek a szexuális és drogprevenciós programokban, ahol a fő cél a programok célkitűzésének teljesítése volt (*Jay és mtsai*, 1984 idézi *Turner és Shepherd*, 1999). *Klein és munkatársai* (1994 idézi *Turner és Shepherd*, 1999) a tanulmányukban bemutatták, hogy azok a fiatalok, akikben magas volt az énhatékonyság foka önként jelentkeztek kortársoktatónak, ugyanis hittek benne, hogy sikeresen tudják befolyásolni a kortársaik egészséggel kapcsolatos attitűdjét. Ez arra utal, hogy azok, akik kortárssegítők lettek már rendelkeznek a szükséges képességekkel és tulajdonságokkal. A kortárs oktatók szintén profitálnak az együttműködésből oly módon, hogy elsajátítják a kortársoktatáshoz szükséges készségeket, és ez a személyiségükre is kihat (*Peer és mtsai*, 1993; *Wilton és mtsai*, 1995). Ezzel együtt a személyes kompetenciájuk is sokat fejlődik. A fejlődés mértéke nehezen mérhető, mert konkrét bizonyítékok nem állnak rendelkezésre. A fentiek alapján a szociális tanulás elmélete több nézőpontból is alkalmazható a kortárssegítő tevékenységre, így a modellkövetés is egyértelműen megfigyelhető a kortárs fiatalok körében. Így például a fiatalok oltásokhoz történő hozzáállását is a legkönnyebben úgy lehet befolyásolni, hogy a kortárssegítő maga is felveszi az adott oltást, így nem csak az egyes egyének egészségét védi, hanem egy idő után kialakul a „nyájimmunitás” (*Kulcsár*, 2015).

Az elmélet szerint az egyén a társadalmi nyomás hatására fogadja el az egészségtelen viselkedést (*Espelage és Swearer, 2003, Duryea, 1991; McGuire, 1968, 1974*). Ennek alapján feltételezik, hogy a fiatalok nem rendelkeznek azzal a vitakészséggel, amellyel a kortársak felől jövő nyomásnak ellen tudnának állni, így belesodródhatnak az egészséget veszélyeztető magatartásformákba. Az elmélet szerint „be lehet oltani” a fiatalokat olyan technikákkal, amelyek segítségével a későbbiekben hatékonyan védekezhetnek a veszélyekkel szemben. *Morgan és Eiser (1990)* megállapítása szerint a sikeres megvalósítás feltétele, hogy az egészségfejlesztésben elhangzó információk a jelenben legyenek érvényesek ne pedig a távoli jövőről szóljanak, emellett a megszólított közösség értékpreferenciáihoz és attitűdjéhez lehessen alkalmazni őket. A kortársak tűnnek a legjobb forrásnak ebből a szempontból, jóllehet kevés bizonyíték támasztja alá ezt az elméletet. *Duryea (1991)* a kortárs segítők hatékonyságával kapcsolatban megkérdőjelezi az önértékelésen alapuló értékelés megbízhatóságát. Más tanulmányok azt kutatták, hogy a kortárs fiatalok hatással vannak-e és milyen mértékben a társaik egészségviselkedésére, vagy csak egyszerűen nyomást gyakorolnak rájuk (*West és Michell, 1995; Michell és West, 1996*). *Coggins és McKellar (1994)* a nyomásgyakorlásról szóló egyik vizsgálatában megállapította, hogy a droghasználattal kapcsolatban egyértelműen kimutatható a kortársak nyomásgyakorlása. *Coggins és McKellar (1994)* mindezek alapján bizonyítottnak tekintette a kortársak befolyásoló képességét. Ebből az aspektusból nézve különösen fontos, hogy kortárssegítő oktatók milyen viselkedésmintát mutatnak, mert például egy dohányzó vagy kábítószer fogyasztó egészségfejlesztő nem lehet hiteles forrás a többi fiatal szemében (*Regis, 1996*), emellett a függőségét feladó fiatal is kérdésesen alkalmazható egészségfejlesztési munkában, hiszen „temptation stress” („csábítási stressz”) miatt bármikor visszaeshet (*Hoyer, 2015*).

### *Szerepelmélet*

A szerepelmélet alapja a társadalmi szerepek és szerepelvárások koncepciója (*Sarbin és Allen, 1968*). Az elképzelés az, hogy a kortársoktató alkalmazkodik az oktatói szerephez és elvárásokhoz, és ennek megfelelően viselkedik. Ezen túlmenően, a szerep elfogadásával egy mélyebb átélés és elkötelezettség alakul ki az oktatott egészséges magatartás irányában. A reprodukív egészségfejlesztés témakörében feltehető, hogy a tanár és a tanuló kulturális különbségei gátolják a hatékony kommunikációt. A kortárssegítő oktatók azonban hasonló élettapasztalatokkal és kultúrával rendelkeznek, ezért valószínű, hogy hatékonyabban tudják átadni az egészséggel kapcsolatos információkat és attitűdöket. Ebben az elképzelésben a kortárssegítő felveszi a tanár szociológiai szerepét, és a kortársak ezt el is fogadják tőle: ez valósul meg az iskolai egészségfejlesztő programok során (*Hamilton, 1992, Phelps és mtsai,*

1994), de ide sorolhatnánk még néhány felsőoktatásban futó programot is (Hill, 1993). Ezzel az a probléma, hogy ilyen megközelítésben a kortárs oktató inkább tanár, mint tutor (Hill, 1993; Phelps és mtsai, 1994). Ebből adódón vannak bizonyítékok, hogy a kortárs oktatók sokat profitáltak az egészségnevelő programokban történt részvételből, de nem bizonyítható egyértelműen ugyanez a hallgatóságnál. A probléma az, hogy a legtöbb egészségfejlesztő foglalkozás iskolai keretek között zajlik, így a tutor szerep helyett automatikusan a tanár szerepet veszi fel a kortárssegítő. Egyes vizsgálatok mégis azt mutatták, hogy ezek a foglalkozások hatékonyabbak, mint a tanárok által lebonyolított iskolai egészségfejlesztési programok (Perry és Grant, 1988). Más vizsgálatok ezt nem támasztották alá egyértelműen (Perry és mtsai, 1983). Az eltérő megítélés miatt a legtöbb tanulmány nem tesz közvetlen összehasonlítást a tanárok és a kortárssegítők hatékonysága között.

### *Differenciális asszociáció elmélet*

Sutherland és Cressy munkája (1960) alapján a szakemberek a differenciális asszociáció elméletét alkalmazták a bűnözés tanulmányozására. Sutherland szerint a bűnözés okai nem biológiai vagy pszichológiai rendellenességek, hanem tanult viselkedés. A szerző azzal érvel, hogy a bűnözés olyan tanult társadalmi helyzetekhez társul, ahol tanult készségek és technikák szükségesek. Ez alapján a fiatalok tanulják a "rossz" szokásokat, mint a lopás, a dohányzás, a kábítószer-használat. Az egészségfejlesztő kortárssegítőknél egyszerűen megfordul ez az irány, és a „jóra” tanítják egymást a fiatalok, mint például a helyes szexuális magatartás (Morgan és Eiser, 1990). A szociális tanulás elmélete lényegében pszichológiai, míg a differenciális asszociáció elmélete alapvetően szociológiai. Látható, hogy a kortársak képzésében mindkét irányt meg kell erősíteni. Az elméletet bizonyítandó, az USA-ban lefolytatott vizsgálatban megfigyelték, hogy a kábítószer-fogyasztók, illetve az alkoholfüggő fiatalok és a baráti körükben fellelhető függőségek között erős kapcsolat mutatható ki (Dull, 1983). Az a probléma a differenciális asszociáció elmélettel, hogy a tanult egészségmagatartási modellek nem köthetők feltétlenül valamilyen konkrét ok-okozati összefüggéshez, hanem egyszerűen az emberek szívesen felveszik annak a személynek a viselkedését, aki eleve hasonló viselkedési mintát mutat (Coggins és McKellar, 1994), vagy akik a személyes kapcsolati hálónk (Utasi, 2013) belső köreiben találhatók (Dávid és Lukács, 2015).

A szociológusok mint *Cohen* (1955) és *Miller* (1958) már megelőzték Sutherland ötletét saját munkásságukkal, sőt kidolgozták a kultúra és a szubkultúra fogalmát. *Cohen* azzal érvelt, hogy a bűnözők kifejlesztették a saját szubkultúrájukat, amelyben az értékek és a viselkedés ellentétesek a többségi társadalom kultúrájával. *Miller* érvelése az, hogy a munkásosztály szubkultúrája ellentétes a középosztály által elfogadott szubkultúrával (*Cohen*, 1955; *Miller*, 1958). Bár ezen elméleteket akkor dolgozták ki, amikor sokkal kevésbé voltak változatosak a szubkultúrák, érdemes megfigyelni, hogy bizonyos egészségügyi kezdeményezések köré kialakultak a sajátos szubkultúrák. Ilyen volt például a HIV megjelenésére a meleg közösségek válasza, ami a biztonságosabb szexuális együttléteket célozta meg (*King*, 1993). Itt is látható, hogy a hitelesség az egyik legfontosabb tényező volt az elfogadás tekintetében, illetve hogy csak a szubkultúra által elfogadott személyek – jellemzően kortárssegítők – kaptak lehetőséget az egészségfejlesztő tevékenység kifejtésére a csoport tagjai számára (*King*, 1993). Számos bizonyíték van a kortárssegítők vezette HIV megelőzési kampányok hatékonyságára a meleg közösségekben. Úgy tűnik, hogy a kortárssegítők elfogadottsága és a szakmai hitelessége a legfontosabb. (*Valdeserri és mtsai*, 1989; *Tudiver és mtsai*, 1992; *Kippax és mtsai*, 1993; *Kelly*, 1995). Egy másik tanulmány szerint egy meleg kortárssegítő által vezetett foglalkozás sokkal nagyobb változást eredményezett a hallgatóság viselkedésében, mint egy két szakember bevonásával lefolytatott négy alkalmas képzés (*Tudiver és mtsai*, 1992). Ennek figyelembevételével változtatni kell azon a felfogáson, hogy a professzionális medikális intézmények szakemberei által kidolgozott egészségfejlesztő programokat egy az egyben adoptálják a kortárssegítők képzésébe (*Milburn*, 1995). Jó példa erre a homoszexuális közösségek esete, ahol az általuk kidolgozott HIV megelőző egészségfejlesztő programok már a hivatalos állami projektek elindulása előtt megjelentek, és végig sikeresebbek is maradtak (*King*, 1993; *Scott*, 1997). Mindezek alapján elmondható, hogy a szubkultúra-elmélet alapján elsődleges fontosságú, hogy az oktató mennyire elfogadott a szubkultúra tagjai által. A magyarországi kutatások kiemelik, hogy a roma közösségekben a leghatékonyabban a szubkultúra elmélet alkalmazásával lehet értelmezni a megfigyelhető viselkedésváltozásokat (*Angyal*, 2015). A kultúra és szubkultúra egészségbefolyásoló-tényezőként azonosítása egyre nagyobb szerepet kap a kutatásokban (*Vitrai*, 2017), beleértve a táplálkozásra (*Nagy Barbara*, 2017) és környezetre (*Csizmadia*, 2017c) gyakorolt kölcsönhatását.

Az innovációterjedés-elmélet alapvetően azt kívánja megmagyarázni, hogy a különböző újítások, innovációk hogyan terjednek el a társadalomban, mik befolyásolják az elterjedésüket, illetve milyen az elfogadás aránya (Rogers és Shoemaker, 1971 idézi Turner és Shepherd, 1999). Az elmélet szerint a „change agents” azaz a „változást elősegítő szakemberek” vagy szó szerinti fordításban „változás ügynökök” tevékenysége, az innováció jellegzetességei, és a befogadó populáció tulajdonságai döntik el egészében egy innováció terjedésének sebességét (Rogers, 1983 idézi Turner és Shepherd, 1999). Vannak a „korai alkalmazók”, a „korai többség”, a „késői többség” és végül a „lemaradók”. Köztük olyanok is vannak, akik soha nem fogadják el az innovációt. Ebben az elméletben a „változás ügynökök” befolyása a kulcs: ők a véleményformálók a közösségen belül. Ezek a véleményformálók a kortársoktatók. Rogers és Shoemaker azzal érvelnek, hogy a hatékony kommunikáció akkor történik, amikor a forrás és a vevő is „homophilous”, vagyis hasonlóak bizonyos tulajdonságaik, mint például hiedelmek, értékek, képzettség és a társadalmi státusz. Ebből következik, hogy a társaikkal jobban kommunikálnak, mint azokkal, akik különböznek tőlük a fent említettekben (Rogers és Shoemaker, 1971 idézi Turner és Shepherd, 1999). Az elv alapján ritka, hogy a magasabb szintű csoportok közvetlen kapcsolatba kerüljenek az alacsonyabbakkal, így az innováció „leszivárog” az alacsonyabb szintekre, amely időt vesz igénybe (Rogers és Shoemaker, 1971 idézi Turner és Shepherd, 1999). Valójában az emberek keresik a véleményformálók társaságát, és befolyásolja őket a véleményük, mert érzik, hogy hiteles források. A szociális tanulás elméletével itt párhuzamba vonható a hitelesség és a kompetenciák kérdése (Bandura, 1977 idézi Turner és Shepherd, 1999), amely az alkalmazott egészségfejlesztésnél is erőteljesen megjelenik (Tones és Tilford, 1994 idézi Turner és Shepherd, 1999). Példa lehet a homoszexuális férfiak képzése a HIV elleni harcban a kortárssegítők által (King, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999), amelyet a közösségben a „késői többség” elfogadott, de voltak természetesen „lemaradók” is. Ellenpélda szintén felmerül: az Egyesült Királyságban lefolytatott dohányzásellenes kampányban annyi volt a „lemaradó”, hogy a projektzárás keretein belül folytatott felmérés kimutatta, hogy még emelkedett is a dohányzók száma a fiatal nők körében, jóllehet az összes dohányzók száma kimutathatóan csökkent (Rogers, 1983 idézi Turner és Shepherd, 1999). A fentiekén kívül számos tanulmány jut arra a következtetésre, hogy a népszerű véleményformálók alkalmazása hatékony lehet a változás előmozdításában (Kelly és mtsai 1991 idézi Turner és Shepherd, 1999; és Wiist Snider, 1991 idézi Turner és Shepherd, 1999; Grossberg és mtsai, 1993 idézi Turner és Shepherd, 1999). Akkor tud egy személy meggyőzni egy másik személyt, ha ezt a személyt forrásnak tekintjük, azaz szakértő, objektív, szerethető és hasonló hozzánk (McGuire, 1973 idézi Turner és Shepherd, 1999). A traumatizált személyek gyógyulásában is jelentős eredményeket lehet érni a módszerrel, ha „véleményformáló” személy átsegíti a

traumatizált személyt a trauma feldolgozásának három fázisán: „biztonság megteremtése – emlékezés és gyász – visszatérés a társadalomba.” (Magyar, 2015)

### *Az elméletek összegzése*

A fenti elméletekből látható, hogy a kortárssegítés kérdéskörének megközelítése nem egységes, és sokszor inkább empirikus válaszokat egy-egy elmélettel megmagyarázni lehetetlen. Magát a hatékonyságot minden elmélet tényként kezeli, a későbbiekben bemutatott kutatásunkban pont ezt a területet vizsgáltuk meg tüzetesebben.

Az alábbi összefoglaló lista a kortárssegítőtől elvárt követelményeket párosítja a bemutatott elméletekkel (Turner és Sheperd, 1999):

- költséghatékonyság: innovációterjedés-elmélet.
- hitelesség: a szociális tanulás elmélete, a „szociális beoltás” elmélete, szerepelmélet, a differenciális asszociáció elmélete, szubkultúra-elmélet, Innovációterjedés-elmélet.
- hatékonyság: szerepelmélet, szubkultúra-elmélet, innovációterjedés-elmélet.
- szerepmodellezés: a szociális tanulás elmélete, a „szociális beoltás” elmélete, innovációterjedés-elmélet.
- elfogadhatóság: a „szociális beoltás” elmélet, szerepelmélet, szubkultúra-elmélet, a differenciális asszociáció elmélete, Innovációterjedés-elmélet.
- megerősítés: a szociális tanulás elmélete, innovációterjedés-elmélet.

## **1.7. Az adolescens korú fiatalok reprodukciós egészsége és a tinédzserkori terhességek alakulása az Európai Unióban a „REPROSTAT 3” adatok elemzése alapján, illetve Magyarországon**

A „REPROSTAT 3” globális, egész Európára kiterjedő felmérés, melynek kiemelkedő a közegészségügyi jelentősége (*Gissler és mtsai, 2012*). A REPROSTAT volt az első projekt kimondattan azzal a céllal, hogy információkat gyűjtsön a szexuális és a reprodukciós egészséggel kapcsolatban minden EU tagállamban. Ezt a felmérést még kettő előzte meg, így az eredményekből megállapítható egy pozitív trend az EU-n belül: csökkent a tinédzserterhességek és a szexuális úton terjedő betegségek száma (*Imamura és mtsai, 2006*). A „REPROSTAT 3” mérőeszközét – az előző projektek tapasztalatait is felhasználva – kimondattan a tagállamok számára fejlesztették ki, így hatékonyabban lehetett használni (*Fronteira és mtsai, 2009*), ugyanis az ezt megelőző „REPROSTAT 2”-ben kidolgozták a reprodukciós egészséggel kapcsolatos mutatókat (*Temmerman és mtsai, 2006*). *Forrai Judit* (2015) magyarországi eredményei is egybeesnek a „REPROSTAT3” következtetéseivel, miszerint a megfelelő korban elkezdett és rendszeres, folyamatos felvilágosítás hatékonyan segíti a hatékony fogamzásgátlás és betegségmegelőzést.

### ***1.7.1. A szexuális élet kezdetének időpontja az Európai Unióban***

Emelkedő tendenciát mutat, hogy a szexuális életet egyre korábban kezdik meg a fiatalok (*Imamura és mtsai, 2007*).

A „REPROSTAT 3” adatai szerint a 15 éves lányok jelentős részének már van szexuális tapasztalata. A 15 éves lányok alacsonyabb szexuális aktivitása figyelhető meg Szlovákiában, ahol a lányok 11%-nak van ilyen jellegű tapasztalata, míg Litvániában és Romániában 12%, Szlovéniában 17%, Csehországban 18% és Lettországon 19% van túl az első szexuális kapcsolaton.

Angliában és Bulgáriában már 30% vagy azt meghaladó (31%), akárcsak Svédországban (32%) és Finnországban (30%). Kiemelkedő értéket mutat Wales 41%, és ezt követi Skócia 34%-kal.

A 15 éves fiúknál a nemi aktivitás az alábbiak szerint alakul: Csehországban a 15 éves fiúk 17%-a él rendszeresen nemi életet, míg a legtöbben, 47%-a ennek a korosztálynak Bulgáriában. Görögországban és Romániában 46%-a, míg Dániában 37%-a, Franciaországban 33%-a fiatal fiúknak szexuálisan aktív. Luxemburgban is hasonló értékeket kapunk 32%-uk aktív, míg Nagy-Britanniában ez az arány az alábbiak szerint alakul: Anglia 31%, Wales 30%,



Skócia 30%. Az ausztriai (31%) és szlovéniai (30%) 15 éves fiú populáció szintén korán kezdi el a szexuális életet.

Amíg Bulgáriában, Görögországban, Svédországban, Franciaországban, Finnországban, Romániában, Portugáliában, Szlovéniában valamint Litvániában általában a fiúk kezdik hamarabb a szexuális életet, addig Wales, Svédország és Finnország tekintetében a 15 éves lányok a kezdeményezőbbek.

### ***1.7.2. Fogamzásgátló szerek használata a 15 évesek körében***

EU-s országok fiataljai között jelentős különbség van az első szexuális aktus alatt alkalmazott fogamzásgátló szerek használatának gyakoriságát illetően (*Jahn és mtsai, 2006*). A „REPROSTAT 3” adatai alapján, amíg spanyol fiatalok 4%-a használ fogamzásgátlót, addig holland fiatalok 52% -a védekezik így. Hollandiában a 15 évesek 61%-a használ orális fogamzásgátló tablettát, Belgiumban ez az arány 57%, Németországban 55% és Dániában 47%. Az alábbi országok fiataljai kis mértékben élnek ezzel a lehetőséggel: a bolgár fiatalok 7%-a, a szlovákok 3%-a, a görög és a spanyol fiatalok 5%-a, és Romániában 9%-uk használja ezt a fajta védekezést.

Az óvszer használata nagyon közkedvelt Spanyolországban (89%) és kevésbé népszerű Svédországban (65%). Első közös együttlét alkalmával Spanyolországban a lányok fiúpartnerükkel 95%-ban ezt a módszert alkalmazzák. Az óvszerhasználat a többi országban is hasonlóan alakul: Portugáliában (84%), Észtországban (81%), Angliában (81%) és Franciaországban (80%). Alacsonyabb az arány a skandináv országokban: Svédország (63%), Finnország (64%) és Románia (61%). A fiúk visszajelzése alapján 91%-uk használt óvszert Görögországban, Észtországban és Franciaországban 88%-uk. Alacsonyabb az óvszerhasználat Szlovákiában (65%) és Svédországban (69%).

### ***1.7.3. A tinédzserkori terhességek alakulása az Európai Unióban***

A tinédzszer korúak terhességi mutatói lényegesen eltérnek az Európai Unió különböző országaiban (*Part és mtsai, 2013*).

Míg Görögországban, Litvániában, Németországban, Olaszországban, Csehországban, Belgiumban, Szlovéniában, Szlovákiában, Hollandiában, Portugáliában a 15-19 éves korosztályban a statisztikai adatok alacsony abortuszfrekvenciát jeleznek (10 abortusz/1000 fő), addig három ország – Svédország, Nagy-Britannia és Észtország esetében ez 20 abortusz/1000 fő. Az általános tendencia az, hogy a dél-európai országokban alacsonyabb ez az

arányszám (9,5 abortusz/1000 fő), mint a közép (12,6 abortusz/1000 fő) vagy kelet-európai (13,8 abortusz/1000 fő) országokban. Ausztriából, Ciprusból és Luxemburgból nincsenek országos vagy nemzetközi adatok. Írországból és Máltán az abortusz tilos, ezért tinédzserkori abortuszról ilyen formán nem beszélhetünk. A 20 év folyamán elvégzett abortuszok száma kiugróan magas Nagy-Britanniában (21,4%), Finnországban (20,1%), és alacsony Görögországban (4,9 %).

Tekintettel arra, hogy Magyarországon csupán a tinédzserkori terhességek száma ismert, de a hozzávezető okok nem, illetve arról nincs országos reprezentatív információnk, hogy hányan és milyen fogamzásgátló szereket használnak a fiatalok, ezért indokolt volt a dél-magyarországi populációban felmérni a fogamzásgátló-használati hajlandóságot, valamint a hatékony szexuális neveléssel megakadályozni a tinédzserkori abortuszok számának növekedését, és egy felelősségteljesebb attitűdöt kialakítani bennük.

#### ***1.7.4. A magyarországi helyzetkép***

Magyarországon a terhességmegszakítások teljes számának nagymértékű csökkenése állapítható meg 1969 és 2016 között, ami 1969-ben 207.000, míg 2015-ben 31.200 művi abortuszt jelent. A 85%-ot elérő csökkenés trendje majdhogynem folyamatosnak mondható, ezzel 2015-ben száz élveszületésre 34 terhességmegszakítás jutott, míg 2014-ben ez az arány még 36% volt. (KSH, 2016). Ezzel szemben Magyarországon az STI (szexuális úton terjedő infekciók) elterjedtsége emelkedő tendenciát mutat napjainkig, kiemelten a Syphilis és Gonorrhoea tekintetében (3. ábra) (OEK, 2016).

Betegség	2011	2012	2013	2014	2015
Syphilis	565	621	629	623	617
Gonorrhoea	1 369	1 487	1 526	1 620	1 246
Lymphogranuloma venereum	-	1*	2**	3	3**
Acut urogenitalis chlamydiasis	858	1 060	1 130	1 121	965

\* import eset

\*\* import esettel együtt

3. ábra. A bőr- és nemibeteg-gondozók által jelentett, szexuális úton terjedő fertőzések száma, 2011. és 2015. években, Magyarországon (OEK, 2016)

A 17 és 24 év közti nők körében volt a legmagasabb 1995-től (7,8%) napjainkig (10,0%) a Chlamydia fertőzés incidenciája is, amely a leggyakoribb nemi úton terjedő betegség (STI) gyakoriságának növekedését mutatja már az elmúlt években (*Deák és mtsai*, 1997; *Deák*, 2008), mely napjainkban is tart más nemi úton terjedő fertőzésekkel együtt (*OEK*, 2016). Ez részben magyarázható az érzékeny genetikai szűréssel és a fiatal nők nagyobb tudatosságával, mivel egyre nagyobb arányban vesznek részt nőgyógyászati egészségügyi szűréseken. A 2015-ös adatokból kiemelkedik a Syphilis a Gonorrhoea és az Acut urogenitális chlamydiasis közel háromszoros, aránytalan megoszlása a nemek között (*OEK*, 2016), mely szintén alátámasztja a nők tudatosabb részvételét az egészségügyi szűréseken (4. ábra).

Betegség	Férfi	Nő	Ismeretlen	Együtt
Syphilis	455	159	3	617
Gonorrhoea	977	268	1	1 246
Lymphogranuloma venereum	3	-	-	3
Acut urogenitalis chlamydiasis	719	246	-	965

4. ábra. A bejelentett, szexuális úton terjedő fertőzések száma, 2011. és 2015. években, nemek szerint, Magyarországon (*OEK*, 2016)

Főleg a fiatal felnőtt korosztály tagjai vannak kitéve a Chlamydia (*Deák*, 2008) és a többi STI legnagyobb veszélyének, többek között a Syphilis a Gonorrhoea és az Acut urogenitális chlamydiasis általi fertőződésnek is (*OEK*, 2016): kiugró a 20-30 éves korúak fertőzöttsége (5. ábra).

*Újházy és mtsai* (2007) már tíz éve bizonyították, hogy fogamzásgátló tabletta és az óvszer kombinációja az úgynevezett „dupla holland módszer” a leghatékonyabb megelőzési eszköz a nem kívánt terhesség és az STI számának csökkentésében a fiatal felnőttek körében, noha ezeknek a fogamzásgátló eszközöknek a nagyobb elterjedtsége önmagában nem magyarázza csökkenő abortusztrendet, melyet *Kozinszky és mtsai* (2001) már tizenhat éve feltártak. Kutatásunk első fázisában ezt a paradoxont vizsgáltuk meg részletesebben.

Korcsoport	Syphilis	Gonorrhoea	Lymphogranuloma venereum	Acut urogenitalis chlamydia
< 2	1	-	-	-
2-9	-	3	-	-
10-14	-	9	-	3
15-19	34	139	-	86
20-24	109	279	1	284
25-29	102	266	-	236
30-34	99	192	1	150
35-39	93	138	-	101
40-44	59	88	-	50
45-49	39	60	1	29
50 ≤	81	72	-	26
<b>Összesen</b>	<b>617</b>	<b>1246</b>	<b>3</b>	<b>965</b>

5. ábra. A bejelentett, szexuális úton terjedő fertőzések száma, 2011. és 2015. években, korcsoport szerint, Magyarországon (OEK, 2016)

Számos egészségfejlesztő program futott és fut jelenleg is hazánkban, ezek közül nem egy a TÁMOP keretein belül 2007-2013 között ez 307 programot jelentett, amely azonban csak a lakosság 2,5%-át érte el (OEFI, 2014). A jelenlegi programok jelentős részében az egészségfejlesztés -jellemzően alprogramként jelenik meg (OEFI, 2014):

- A Nemzeti Társadalmi Felzárkóztatási Stratégia 2011-2020 (NTFS)
- Emberi Erőforrás Fejlesztési Operatív Program (EFOP 2014 – 2020)
- A Sport XXI. Nemzeti Sportstratégia 2007-2020
- Nemzeti Drogellenes Stratégia – 2013–2020

Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet - OEFI* (2014) dokumentuma felhívja a figyelmet, hogy Magyarországon a felsőfokú végzettségűek aránya a 30-34 éves népességben 2010-ben 26% volt és a következő években eléri a 30,3%-ot így az OEFI (2014) megalapozottnak tekinti, hogy „az egészségfejlesztést ezen csoportra vonatkozóan kell tervezni, hiszen hosszú távon ez azt jelenti, hogy az egészségfejlesztési beavatkozások csak ezen csoport révén elérhetik a teljes lakosság 17%-20%-át, szemben az említett 2,5%-al az elmúlt években.” (OEFI, 2014. 26.). A fentiek alapján vizsgálatunk célpopulációja az egyetemi hallgatóság lett, vizsgálatunkat az ő köreikben folytattuk le.

## **2. Kétfázisú empirikus vizsgálat a szexuális kockázatvállalásról a szegedi egyetemi hallgatók körében**

### **2.1. Bevezetés**

Az *Országos Egészségfejlesztési Intézet - OEFI* (2014) mint elsődleges célcsoportot jelöli meg a felsőfokú végzettségűeket az egészségfejlesztés szempontjából. A cél, hogy az ismeretek minél szélesebb társadalmi körhöz eljussanak, és ott beépüljenek a viselkedésmintába, megváltoztassák az egyéni attitűdöt. Ennek a folyamatnak egy „pillanatfelvételt” kívántam elkészíteni a hallgatók körében lefolytatott felmérésben: a fejezetben bemutatásra kerül az általam megtervezett és kivitelezett kétfázisú vizsgálat és annak eredményei, melyben kimondottan az egyetemi hallgatók tudását és attitűdjét mértem fel. Mindkét vizsgálat egy-egy nagyobb volumenű kutatás részét képezte. Míg az első felmérésben a szexuális kockázatvállalás alapján választottam szét a vizsgált csoportokat, a másodikban már – megalapozandó az akkor még csak elgondolás szintjén létező Ariadne egészségprogramot – csak olyan hallgatók szerepeltek, akik részt vettek kortárs segítő órákon és a szétválasztás alapját az képezte, hogy mennyire tartották hiteles forrásnak a kortárssegítőket.

Kérdésként merült fel, hogy a szexuális viselkedésminta az ismeretek hiányára vezethető vissza, vagy az, hogy a fiatalok magatartása nem tükrözi az ismereteiket. Ennek illusztrálását jelentheti az az epidemiológiai adatsor, ami az abortuszok és a szexuális úton terjedő infekciók (STI) közötti kapcsolat paradox alakulását mutatja be.

Elsődleges célkitűzésünk az volt, hogy megismerjük, hogy az epidemiológiai adatok háttérben milyen magatartásbeli tényezők állnak. Vajon a fogamzásgátlók elterjedésével magyarázható a művi abortuszok számának csökkenése? Az álbiztonságérzet nem sarkal-e felelőtlen promiszkuaális viselkedésre, és az egyéb védekezési lehetőségek háttérbe szorítására? Kérdés továbbá, hogy a fiatalok városba áramlása miként befolyásolja a kockázatos szexuális viselkedést, és a városi életforma attitűdje – „úgy sem ismer senki” – megváltoztatja-e a fiatalok viselkedését?

A 2009 - 2010. évben folytatott keresztmetszeti vizsgálatban a hallgatók viselkedésére és attitűdjére fókuszáló kérdőíves felmérésünk eredményei hazai keretek között is felvetették azt a kérdést, hogy a hallgatók megelőző tanulmányaik során kortárssegítőktől, iskolai környezetben szerzett reprodukív egészséggel kapcsolatos tudása, mennyire befolyásolja a szexuális viselkedésüket.

Második célkitűzésként 2010-2011-ben erre a kérdéskörre specializálva a kutatás második fázisát folytattunk le, ahol a kutatásban részt vevő hallgatók

korábbi, az iskolai keretek között reproduktív egészséggel kapcsolatos oktatásukat indirekt módon minősítették. Kíváncsiak voltunk arra, vajon a hallgatók szexuális magatartásuk kialakításában milyen tényezők dominálnak, illetve feltérképeztük az iskolai reproduktív egészséggel kapcsolatos nevelési módszereket, és azok hazai hatékonyságát.

Végző célkitűzésünk, hogy a vizsgálatunk eredményei felhasználhatók legyenek a szexuális kultúra és a családi életre nevelés kurrikulumának fejlesztéséhez.

## 2.2. Hipotézisek

Az Országos Egészségfejlesztési Intézet - OEFI (2014) jelentésében megállapítja, hogy felsőoktatási intézmények szinte mindegyikében fut valamilyen egészségfejlesztőprojekt, azonban „legtöbb esetben ezek kampányjellegű, és az intézmény egy-egy részszervezetét érintő rendezvények, egyedi programok” (OEFI, 2014, 45). A megvalósult programok áttekintése alapján (Szegedi Tudományegyetem Életvezetési Tanácsadó Központ (OEFI, 2014, 84), Debreceni Egyetem Mentálhigiénés és Esélyegyenlőségi Központ 'DEMEK' (OEFI, 2014, 86), Kortárssegítő Mentálhigiénés Tanácsadó Iroda KOMETI (OEFI, 2014, 89), „E3- Energia-egyensúly Egészségprogram Egyetemistáknak” (Kubányi és munkatársai, 2017) illetve a saját egészségfejlesztői tapasztalataimra alapozva a következő hipotéziseket állítottuk fel konzulensemmel:

1. Későbbi időpontra tolódik az első szexuális együttlét időpontja azoknál, akik kaptak szexuális felvilágosítást.
2. A fiatalok legkedveltebb fogamzásgátló módszere az óvszer.
3. Korunk legsúlyosabb STI-ről, azaz a HIV-fertőzésről gazdag információ jut el a fiatalokhoz, amely tudásukban is tükröződik.
4. A kortárssegítőket tartják a legmegbízhatóbb információforrásnak.
5. A megbízható fogamzásgátlók elterjedése emelkedett a fiatalok körében.
6. A fiatalok számára is a monogám kapcsolat a legkívánatosabb forma, és minden ezzel ellentétes viselkedési formát elutasítanak.
7. Az iskolai keretek között folytatott reproduktív egészségnevelés hatékonysága alacsony.
8. Akik a kortárssegítő reproduktív egészségnevelést megbízhatónak ítélték meg, később kezdik a nemi életet.
9. A szabados nemi élet elterjedtebb azon fiatalok körében, akik kevésbé tartják megbízható forrásnak a kortárssegítő reproduktív egészségfejlesztő tevékenységet.
10. A városi életforma növeli a kockázatos szexuális viselkedés esélyét.

11. A vallásosság a szexuális kockázatvállaló viselkedés esetében is visszatartó erővel bír.
12. A fiatalok, akik megbízható forrásnak tartják a kortárssegítőket, jobban elutasítják a művi abortuszt, mint családtervezési eszközt.

## **2.3. Minta, módszer és mérőeszközök**

### **2.3.1. Vizsgálati populáció**

A nemi élet jellemzőire vonatkozó kérdőíves felmérés résztvevőinek kiválasztása random módon történt a Szegedi Tudományegyetem hallgatói közül. Koruk és lakóhelyük szerint az egyetemi hallgatók nyilvántartó rendszeréből a saját fejlesztésű Random Allokáció Generátor alkalmazás segítségével történt a kiválasztás. Az első fázisban N=474 fő. Mindössze 9,5% utasította el a részvételt. 295 lány és 175 fiú került a mintába. A második fázisban N=783 fő, így 396 lány és 387 fiú került a mintába. A korcsoport szempontjából a minta viszonylag homogénnek mondható: jellemzően a 19-23 éves korosztály. A 2009-2010-es és a 2010-2011-es tanév első félévében a hallgatók folyamatosan töltötték ki az elektronikus kérdőíveket, ennek helyszíne az SZTE JGYPK számítógépes tantermei voltak, ahol minden esetben jelen voltam a felmérés során, így a felmerülő kérdésekre azonnal adekvát válaszokat kaphattak a résztvevők.

### **2.3.2. Mérőeszközök**

Az első fázisnál használt kérdőívet adaptáltuk a Magyar Család és Nővédelmi Tudományos Társaság (MCSNTT) által fejlesztett kérdőívből. Igényeink szerint további itemeket tettünk hozzá, de nem vettünk ki az eredetiben szereplő itemekből, hogy az összehasonlíthatóság megmaradjon. A kérdőív PHP programozási nyelven készült, így a kitöltés nem okozott technikai nehézséget a hallgatóknak egyik böngésző alkalmazás használata során sem.

A kérdőív egyszeres és többszörös választásokat tartalmaz (1. melléklet) és a következő blokkokra tagolódik:

1. Szociodemográfiai háttérkérdőív” (6 item)
2. „Szexualitással kapcsolatos ismeretek” (9 item)
3. „Személyes tapasztalatok a szexualitásról” (12 item)
4. „Attitűddel kapcsolatos kérdések” (4 item)
5. „További kérdések a családdról és az életkörülményeiről” (10 item)

A kérdőív megbízhatóságát a belső konzisztenciát mutató Cronbach- $\alpha$  a teljes mérőeszközre vonatkozva 0,892 volt, ami igen jónak mondható.

A második fázisban egy saját fejlesztésű anonim kérdőíves felmérést végeztünk a Szegedi Tudományegyetem hallgatóinak körében. A kérdőívet a nagyobb volumenű „Hungarocontraception” című kutatásra fejlesztettük, ebből készítettem el második fázis kérdőívét.

A kérdőív a következő blokkokra tagolódik:

1. Szociodemográfiai háttérkérdőív (17 item)
2. Függőséggel kapcsolatos blokk:
  - a) „Alkoholfogyasztási szokások” (3 item)
  - b) „Dohányzási szokások” (1 item)
  - c) „Drogfogyasztási szokások” (4 item)
3. „Reproduktív egészséggel kapcsolatos ismeretek” (14 item)
4. „Fogamzásgátlás” (24 item)
5. „Szexuális úton terjedő betegségek” (9 item)
6. „Gyermekvállalással/gyermekneveléssel kapcsolatos kérdések” (7 item)
7. „Az iskolai felvilágosítással kapcsolatos kérdések” (15 item).

A kérdőív egyszeres és többszörös választásokat tartalmaz, illetve nyílt kérdések is találhatók benne (2. melléklet). A kérdőív megbízhatóságát a belső konzisztenciát mutató Cronbach- $\alpha$  a teljes mérőeszközre vonatkozva 0,778 volt, ami megfelelőnek mondható.

A kérdőívet technikailag a Google Drive rendszer felhasználásával helyeztük üzembe, az akkor még próbaverzióban üzemelő Google Forms felhőalkalmazással. A technikai eredmények láttán a későbbi kutatásainkhoz is a felhő alapú rendszert használtuk alacsony költsége, magas megbízhatósága és rendelkezésre állási ideje miatt.



### 2.3.3. Statisztikai módszer

Az összehasonlítások kiértékelése folytonos változók esetén Mann-Whitney-féle U-próbával, míg kategorikus változók esetén az  $\chi^2$ -próbával történt. Logisztikus regressziót használtunk a szexuális kockázatvállaló viselkedés többváltozós elemzésére stepwise metódussal, amelynek során az egyes kockázati tényezőket egyenként vizsgáltuk a modellt fokozatosan építve. A számításoknál a 95%-os konfidencia intervallumot illetve az esélyhányadost (odds ráta) is feltüntettük. A próbák esetében  $p < 0,05$ -öt tekintettünk szignifikáns különbségnek. Az elemzéshez SPSS 23 szoftvert használtunk.

A táblázatokban csak akkor kerül feltüntetésre a p-érték és AOR / t-érték, ha van legalább egy szignifikáns kapcsolat.

### 2.4.1. Vizsgálati eredmények az I. fázisban

Az első fázis esetében a megkérdezett 783 diák közül 474 volt szexuálisan aktív, így őket vontuk be a vizsgálatunkba, melyből elutasította a részvételt/nem volt felhasználható az adatsora 40 főnek. Kockázatvállalónak tekintjük azokat, akiknek vagy több nemi partnerük volt egyszerre, vagy alkalmi szexuális partnerük volt. A szexuális kockázatvállalók csoportjának  $N=231$  (nemi megoszlása  $N=129$  nő,  $N=102$  férfi), míg az állandó partnerrel rendelkezők csoportjának  $N=203$  (nemi megoszlása  $N=132$  nő és  $N=71$  férfi).

A szexuális kockázatvállalók átlagéletkora  $20,5 \pm 0,78$  év volt, az állandó partnerrel rendelkezőknél pedig  $21,2 \pm 0,99$  év volt.

A vizsgált két csoportban a válaszadó diákok túlnyomó többsége (97% és 97,5%) hajadon volt, a válaszadók között szignifikánsan nagyobb arányban voltak a nők.

A két csoport átlagéletkorának tekintetében nem volt kimutatható szignifikáns különbség. Az állandó partnerrel rendelkezők csoportjának ( $N=203$ ) kevesebb, mint a fele tartozott azok közé, akiknek állandó partnerük volt és folyamatosan alkalmaztak fogamzásgátló módszert ( $N=135$ ) vagy nem volt állandó partnerük, de az alkalmi partnerrel minden alkalommal óvszert használtak ( $N=68$ ).

A szexuális kockázatvállalók ( $N=231$ ) magatartása abban nyilvánult meg, hogy vagy nem használtak állandó jelleggel kondomot ( $N=168$ ) vagy egyáltalán nem használtak kontraceptívumot ( $N=63$ ).

Az így képzett két csoport összehasonlítását végeztük el. Arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a két különböző viselkedésű csoport között eltérés van-e a lakóhely, a vallásosság, a korábbi művi abortuszszám illetve a kapott szexuális felvilágosítást illetően.

A táblázatokban szereplő „n” az igen válaszok számát jelöli a továbbiakban.

Az első közösülés szignifikánsan ( $p < 0,05$ ) hamarabb következett be a szexuális kockázatvállalók között: több mint 1 év eltérés mutatkozik a két csoport között ebben a tekintetben (1. táblázat. Az életkor és az első közösülés korának vizsgálata a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében).

1. táblázat. Az életkor és az első közösülés korának vizsgálata a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében

Szociodemográfiai adatok  ( <i>átlag</i> $\pm$ <i>S.D.</i> ) <sup>a</sup>	Szexuális kockázatvállalók * (n=231)		Állandó partnerrel rendelkezők (n=203)		p-érték
	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	
kor (évek)	20,5 $\pm$ 0,78		21,2 $\pm$ 0,99		n.s.
kor az első közösülésnél <sup>a</sup>	16,5 $\pm$ 0,28		17,9 $\pm$ 0,95		<0,05

\*: Szexuális kockázatvállalók: vagy nem állandó jelleggel használtak kondomot, olyan partnerrel, aki nem állandó (n = 168) vagy egyáltalán nem használtak kontraceptívumot (n = 63). Állandó partnerrel rendelkező és folyamatos fogamzásgátló módszert használók (n=135) vagy nem állandó partnerrel rendelkezők, de folyamatosan kondomot használók (n=68).

<sup>a</sup> Mann–Whitney-féle U-teszt

A várakozásokkal ellentétben, a városi lakosok körében szignifikánsan kisebb ( $p<0,001$ ) arányú volt a rizikós nemi élet előfordulása. Ugyanakkor meglepő, hogy a szexuálisan kockázatvállalók között – majdnem szignifikánsan – több a vallásos személy. A kockázatvállalás együtt járt a nemi élet korábbi elkezdésével ( $p<0,05$ ), illetve a statisztikai elemzés eredményi nem tükrözték a vallásosság protektív szerepét (2. táblázat).

2. táblázat. Szociodemográfiai adatok összehasonlító vizsgálata a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében

Szociodemográfiai adatok	Szexuális kockázatvállalók (N=231)		Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)		p- érték	OR (95% KI)**
	n	%	n	%		
városi lakos <sup>b</sup>	134	58,0	153	75,4	<0,001	0,45 (0,30–0,68)
lányok	129	55,8	132	65,0	n.s. <sup>c</sup>	0,68 (0,46–1,00)
nőtlen / hajadon <sup>b</sup>	224	97,0	198	97,5	n.s. <sup>c</sup>	0,81 (0,25–2,59)
vallásos <sup>b</sup>	147	63,6	110	54,2	0,051	1,48 (1,07–2,17)

\*\* OR (95% KI): esélyhányados, konfidencia intervallum

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt

<sup>c</sup> Statisztikailag nem szignifikáns különbség

Figyelemre méltó összefüggést kaptunk (3. táblázat. A nemi úton terjedő betegségekről kapott információk megléte és hiánya az iskolai felvilágosítás során a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében), hogy a nemi úton terjedő betegségekről szóló felvilágosító órákon részt vettek körében, jelentősen csökkent a kockázatvállaló viselkedés esélye ( $p<0,001$ ).

3. táblázat. A nemi úton terjedő betegségekről kapott információk megléte és hiánya az iskolai felvilágosítás során a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében

<i>Iskolai felvilágosítás</i>	<i>Szexuális kockázatvállalók (N=231)</i>		<i>Állandó partnerrel rendelkező (N=203)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)**</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
nemi úton terjedő betegségekről szexuális felvilágosítást kapott az iskolában <sup>b</sup>	115	48,9	142	70,0	<0,001	0,43 (0,29-0,63)

\*\* OR (95% KI): esélyhányados, konfidencia intervallum

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt

A következő táblázatban arra kérdésre kerestük a választ, hogy honnan szereztek, illetve szereznek információt a hallgatók a szexuális életet érintő kérdésekkel és az óvszer megfelelő használatával kapcsolatban.

Szignifikánsan eltér ( $p<0,05$ ) a szexuális kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők véleménye arról, hogy ki számít a legfontosabb információforrásnak a szexuális kérdések tekintetében és az óvszerhasználattal kapcsolatban (4. táblázat).

4. táblázat. A szexuális kérdésekkel, óvszerhasználattal kapcsolatos információforrások felsorolása

<i>A legfontosabb információforrás szexuális kérdések és óvszerhasználat tekintetében<sup>b</sup></i>	<i>Szexuális kockázatvállalók (N=231)</i>		<i>Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)</i>		<i>p-érték</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
család	69	29,8	69	33,9	<0,05
egészségügyi személyzet	39	16,8	44	21,7	
iskolai kortárs felvilágosító óra	54	23,4	34	16,7	
internet	50	18,2	21	10,3	
média	37	16,0	28	13,8	
iskola, barátok	30	12,9	9	4,4	

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt

A család fogamzásgátlásra vonatkozó nevelő tevékenysége előmozdította az óvszerhasználati arányt, viszont a rizikós nemi életet élők esetében az iskolai szexuális nevelő órák is segítettek az óvszerhasználatot (23,4%). Meglepő, hogy az internet (18,2% és 10,3%) és a média (16,0% illetve 13,8%) milyen kis szerepet játszott a megfelelő reprodukív viselkedés elsajátításában.

A szexuális kockázatvállaló magatartást tanúsítók lényegesen többször alkalmaztak kondomot az első szexuális érintkezés alkalmával, ami paradox módon magasabb, mint az állandó partnerrel rendelkezők esetében (5. táblázat).

Az első alkalommal fogamzásgátló tablettát alkalmazók aránya megegyezett a két csoportban, de a kockázatvállaló szexuális életmódot folytatók egyharmada sosem használt semmilyen fogamzásgátló eszközt ( $p < 0,05$ ). Az óvszer elsődlegessége várható volt a REPROSTAT 3 kutatás eredményei alapján, azonban az ott közölt aránytól (akár 95%) messze elmarad.

5. táblázat. A fogamzásgátló eszköz megnevezése az első szexuális együttlét során

<i>Fogamzásgátló az első szexuális közösülés alkalmával<sup>b</sup></i>	<i>Szexuális kockázatvállalók (N=231)</i>		<i>Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)</i>		<i>p-érték</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
óvszer	105	45,4	73	36,0	<0,05
fogamzásgátló tabletta	78	33,8	67	33,0	
egyéb eszköz/ nem használt semmit	48	20,7	63	31,0	

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt

A HIV-fertőzéssel kapcsolatos ismeretek mindkét csoportban messze elmaradtak a várakozástól, jöllehet a médiából és számos más forrásból releváns információt meríthettek volna.

A HIV-fertőzés valószínűségét csökkentő helyzetek a megkérdezettek túlnyomó többsége számára világosak voltak, kivéve azt a kérdést, amely arra világít rá, hogy drogfogyasztóknál egyetlen esetben sem célszerű az injekciós tű közös használata, amelynek helyes válaszadása elmarad az 50%-tól mindkét vizsgálati csoportban (6. táblázat. A HIV-fertőzéssel kapcsolatos kérdések).

Pozitív eredmény, hogy tisztában volt majdnem mindenki (98,7% illetve 99,5%) azzal, hogy a HIV-fertőzés veszélye csökkenthető az óvszer használatával. Ez a tény azonban még nem jelenti azt, hogy a vizsgálatban részt vevő személyek minden szexuális együttlét alatt használják is ezt a fogamzásgátló eszközt. Szükséges minden egészségnevelő szakembernek hangsúlyoznia, hogy az egészség megóvása szempontjából mennyire fontos és hasznos az óvszer használata. Fontos feltárni azon okokat, hogy miért nem használják az együttlét során a kondomot.

6. táblázat. A HIV-fertőzéssel kapcsolatos kérdések

<i>HIV<sup>d</sup>-fertőzés megelőzésének ismerete<sup>b</sup></i>	<i>Szexuális kockázatvállaló (N=231)</i>		<i>Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)**</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
HIV-fertőzés esélye csökkenthető, ha minden közösüléskor kondomot használ az ember	228	98,7	202	99,5	n.s. <sup>c</sup>	0,38 (0,04-3,65)
HIV-fertőzés esélye csökkenthető, ha csak egy partnere van az embernek, aki szintén hűséges	211	91,3	194	95,6	n.s. <sup>c</sup>	0,49 (0,22-1,10)
HIV-fertőzés esélye csökkenthető, ha egy droghasználó minden esetben új tűt használ	115	49,8	193	42,9	n.s. <sup>c</sup>	1,32 (0,91-1,93)
HIV-fertőzés megkapható szűnyogcsípés révén	211	91,3	193	95,1	n.s. <sup>c</sup>	0,55 (0,25-1,20)
HIV-fertőzött lehet egészségesnek látszó ember is	228	98,7	200	98,5	n.s. <sup>c</sup>	1,14 (0,23-5,71)

\*\* OR (95% KI): esélyhányados, konfidencia intervallum

<sup>b</sup> x<sup>2</sup>-teszt<sup>c</sup> Statisztikailag nem szignifikáns különbség<sup>d</sup> HIV: humán immunodeficiencia vírussal történő fertőzés

Figyelemfelkeltő az a téves nézet, hogy a megkérdezettek 95%-a azt vélelmezi, hogy szúnyogcsípéssel is megkapható a HIV-fertőzés.

A kutatásnak ezen eredménye még inkább sürgetővé teszi az egészségfejlesztésben használt információátadás hatékonyságának növelését.

Az állandó partnerrel rendelkezők szignifikánsan ( $p < 0,001$ ) jobban tudták, hogy az óvszer nyújt egyedül védelmet a szexuális úton terjedő betegségek ellen (7. táblázat. A szexuális úton terjedő betegségek átvitelének ismerete).

Mindkét csoportban szignifikáns módon ( $p < 0,05$ ) kevesen tudtak arról, hogy a nemi úton terjedő betegségek (STI) orális szex útján is elkaphatók.

7. táblázat. A szexuális úton terjedő betegségek átvitelének ismerete

<i>Annak ismerete, hogy</i>	<i>Szexuális kockázatvállalók (N=231)</i>		<i>Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)**</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
az óvszer egyetlen fogamzásgátló eszköz, amely védelmet nyújt a nemi úton terjedő betegségektől <sup>b</sup>	199	86,1	201	99,0	<0,001	0,06 (0,01-0,26)
a nemi úton terjedő betegségek orális szex útján is átadhatók <sup>b</sup>	70	30,0	86	42,8	<0,05	0,57 (0,39–0,85)

\*\* OR (95% KI): esélyhányados, konfidencia intervallum

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt



A szexuális úton terjedő betegségek elleni védelem mellett a fogamzásgátlás is fontos kérdés.

Szignifikáns eltérés ( $p=0,001$ ) látható a tekintetben, hogy a szexuális kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők mit tartanak a leghatékonyabb fogamzásgátló eszköznek (8. táblázat). Kiemelésre méltó, hogy a kockázatos szexuális életet élők legmegbízhatóbb fogamzásgátlónak a tablettát, míg a nem kockázatos nemi életet élők a kondomot tartották.

8. táblázat. A leghatékonyabbnak vélt fogamzásgátlási módszer

<i>Leghatékonyabbnak gondolt fogamzásgátló módszer<sup>b</sup></i>	<i>Szexuális kockázatvállalók (N=231)</i>		<i>Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
fogamzásgátló tabletta	111	48,1	67	33,0
óvszer	73	31,6	100	49,3
egyéb módszer	47	20,3	36	17,7

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt

A fogamzásgátlás elmulasztása vagy a nem megfelelő fogamzásgátló eszköz használata esetén nagy az esély a teherbeesésre és az abortuszra.

A korábbi abortuszok száma különbözött a két csoportban ( $p<0,05$ ); a korábbi terhesség-megszakítás természetesen szignifikánsan több volt azok körében, akik kockázatos nemi életet éltek (9. táblázat. A korábbi terhesség-megszakítás vizsgálata a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében).

9. táblázat. A korábbi terhesség-megszakítás vizsgálata a kockázattválalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében

Abortuszok száma	Szexuális kockázattválalók (N=231)		Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)		p-érték	OR (95% KI)**
	n	%	n	%		
korábbi abortusz <sup>b</sup>	37	16,0	14	6,9	<0,05	2,57 (1,35–4,92)

\*\* OR (95% KI): esélyhányados, konfidencia intervallum

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt

Az abortuszok száma nagyobb lehet azoknál, akiknek több szexuális partnerük van, ebből kiindulva kérdeztük meg, hogy hány szexuális partnerük volt idáig a vizsgálatban résztvevőknek.

A szexuális kockázattválalóknak szignifikánsan ( $p=0,000$ ) több szexuális partnerük volt egész életük során, de érvényes ez az utóbbi 1 év, vagy az utóbbi 3 hónap távlatában is (10. táblázat. A szexuális partnerek száma).

10. táblázat. A szexuális partnerek száma

Nemi partnerek száma <sup>b</sup>	Szexuális kockázattválalók (N=231)		Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)	
	n	%	n	%
egész életében	4,8 [1–36]		3,1 [1–17]	
az utóbbi 1 évben	2,4 [1–10]		1,4 [1–4]	
az utóbbi 3 hónapban	1,2 [1–5]		1,1 [1–2]	

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt

Bár a szexuális kockázattválalók több partnerrel létesítettek szexuális kapcsolatot, mégis kevesebb szexuális aktivitást mutattak, mint az állandó partnerrel rendelkező társaik, ami azt jelentette, hogy szignifikáns módon ( $p=0,000$ ) kevesebb alkalommal éltek nemi életet (11. táblázat. A szexuális együttlét gyakorisága).

11. táblázat. A szexuális együttlét gyakorisága

<i>Nemi érintkezés gyakorisága<sup>b</sup></i>	<i>Szexuális kockázattvállalók (N=231)</i>		<i>Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
2-3 alkalommal legalább egy héten	53	22,9	81	39,9
1-3 alkalommal havonta	84	36,4	52	25,6
ritkábban, mint havonta	94	40,7	70	34,4

<sup>b</sup>  $\chi^2$ -teszt

A nemi érintkezés gyakorisága mellett meg kell vizsgálni, hogy milyen módszereket használnak és melyiket vélik biztonságosnak a vizsgálatban részt vevő személyek. A megszakított közösülés módszerét (23,8% illetve 31,0%) és az óvszert (23,4% illetve 16,7%) tartják biztonságos fogamzásgátló eszköznek. De a sürgősségi tabletta (21,6% illetve 34,0%) is felvetődik, így lehet, hogy már többeknek kellett használniuk is (12. táblázat).

12. táblázat. A biztonságosnak vélt fogamzásgátló módszerek

<i>Fogamzásgátló eszköz</i>	<i>Szexuális kockázatvállalók (N=231)</i>		<i>Állandó partnerrel rendelkezők (N=203)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)**</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
fogamzásgátló tabletta	31	13,4	39	19,2	n.s. <sup>c</sup>	0,65 (0,39-1,09)
óvszer	54	23,4	34	16,7	n.s. <sup>c</sup>	1,52 (0,94-2,45)
megszakított közösülés	55	23,8	63	31,0	n.s. <sup>c</sup>	0,69 (0,45-1,06)
sürgősségi tabletta	50	21,6	35	34,0	n.s. <sup>c</sup>	0,54 (0,32-0,90)
méhen belüli fogamzásgátló eszköz	15	6,5	13	6,4	n.s. <sup>c</sup>	1,01 (0,47-2,19)
naptár módszer	19	9,4	20	9,9	n.s. <sup>c</sup>	0,95 (0,49-1,83)
fogamzásgátló injekció	13	5,6	10	4,9	n.s. <sup>c</sup>	1,15 (0,49-2,68)
pesszárium	11	4,8	22	10,8	<0,05	0,41 (0,19-0,87)
egyéb módszerek	25	10,8	11	5,4	n.s. <sup>c</sup>	2,12 (1,01-4,42)

\*\* OR (95% KI): esélyhányados, konfidencia intervallum

<sup>b</sup> x<sup>2</sup>-teszt<sup>c</sup> Statisztikailag nem szignifikáns különbség

Figyelemfelkeltő volt az eredmény, melyre később, a kutatás második fázisában fókuszáltunk: az egyes fogamzásgátló módszerek esetében a megszokított közöslésről nyilatkozták azt a legtöbben mindkét vizsgált csoportban (23,8% illetve 31%), hogy a legmegbízhatóbb védekezési módként tartják számon. A pesszárium kérdésében szignifikáns módon ( $p=0,02$ ) eltér a két csoport véleménye.

A megkérdezettek ötöde a rizikós nemi életet élők illetve harmada az adekvát fogamzásgátlást alkalmazók nyilatkozták azt, hogy releváns információt kaptak a sürgősségi fogamzásgátlásról az iskolai felvilágosító órán. Természetesen szintén alapvető információt kapott a kondomról és a fogamzásgátló tablettáról a megkérdezettek jelentős hányada ezen ismeretterjesztő tevékenység során.

Arra a kérdésre, hogy miért használják ritkán az óvszert, a rizikómagatartású csoport tagjai válaszoltak csak értékelhető számban. A kockázatvállaló viselkedés az óvszerek árával volt kapcsolatba hozható: a szexuális kockázatvállalók 85,8%-a azért alkalmazott ritkábban óvszert, mert drágának tartja (13. táblázat).

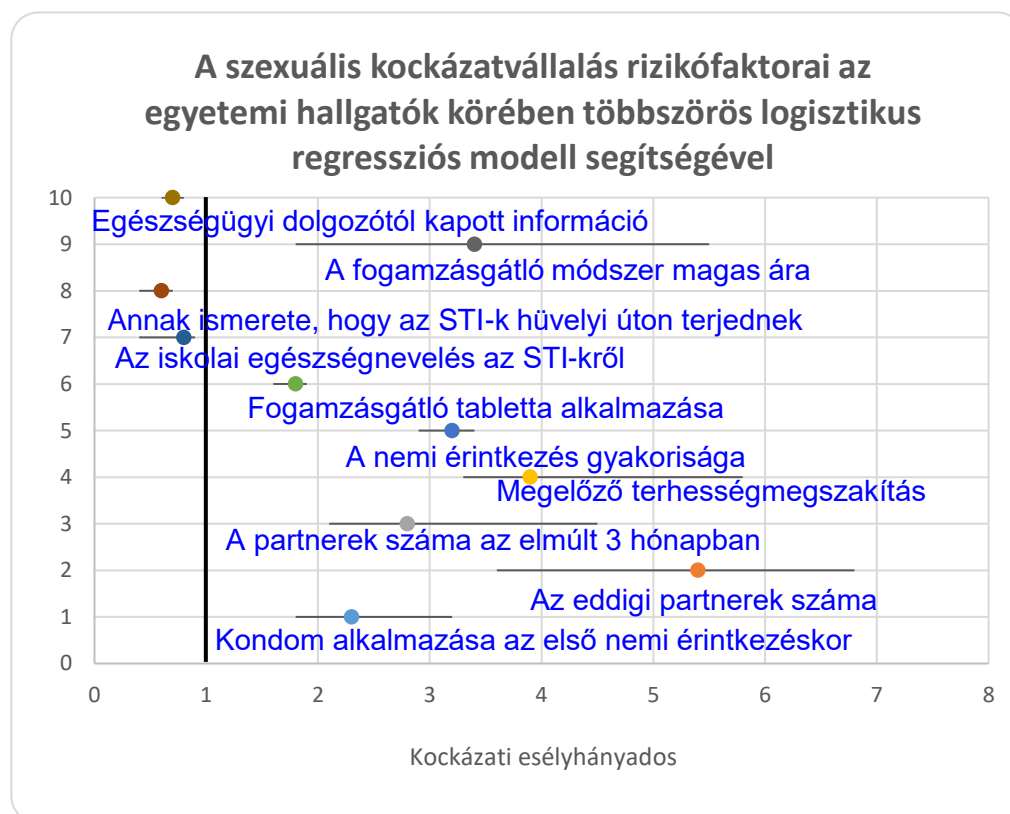
13. táblázat. Az óvszerhasználat elhanyagolásának okai

<i>A ritkán alkalmazott óvszerhasználat okai</i>	<i>Szexuális kockázatvállalók (N=231)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>
drága	144	85,8
kínos megvásárolni	13	7,7
nem egyszerű az elérhetősége	11	6,5

Tudomásunk szerint az eredményekből született az első tanulmány, amely a csökkenő abortusz arány és a nemi úton terjedő betegségek növekvő elterjedtségének, fogamzásgátlási háttérének paradoxonját magyarázza magyar, magas kockázati csoporton keresztül. Egy korábbi tanulmányunkban (*Kozinszky és mtsai*, 2001) ismertetett eredmények alapján az óvszert és fogamzásgátló tablettát a magyar populáció mindössze 33%-a alkalmazta az első nemi érintkezése során, míg a hallgatók nagyobb arányban számoltak be (74%) erről a tendenciáról. Az óvszert használók valószínűleg nem használnak minden partnerrel vagy alkalommal magasabb megbízhatóságú fogamzásgátló módszert, mint például a „dupla holland” módszer: azaz a fogamzásgátló és az óvszer együttes használata, ahol az óvszer a nemi betegségektől, a gyógyszer pedig a terhességtől véd, ami jelenlegi legbiztonságosabb módszer (*Gregson és Kirkman*, 1999). A fogamzásgátló tabletta használatának aránya kedvezően magasabb a hallgatók körében (52,9%) az 1999-ben mért eredményekhez (44,3%) képest

(Kozinszky és mtsai, 2001). Mindazonáltal a fogamzásgátló tabletta szélesebb körű használata elősegítette a szabados nemi életet (Deák és mtsai, 1997), és a fogamzásgátló tablettát használók nem akarnak óvszert használni az alkalmi partnerrel. A szexuális partnerek magasabb száma és a közösülés gyakoriságának csökkenése hozzájárul a nem állandó fogamzásgátló módszerek alkalmazásához, annak ellenére, hogy 86,1%-uk tudja, hogy csakis az óvszer nyújt hatékony védelmet a nemi úton terjedő betegségek ellen.

A többszörös logisztikus regressziós analízis (6. ábra) azt mutatta, hogy a fogamzásgátló tabletta jelen alkalmazása (AOR (kockázati esélyhányados): 1,7, 95% konfidencia intervallum (95% KI: 1,5-1,9) vagy az első nemi érintkezés során történt óvszerhasználat (AOR: 2,2, 95% KI: 1,7-3,2) nem feltétlenül eredményez biztonságos nemi viselkedést. A szexuális partnerek/közösülések száma fontos tényező, azaz minél több partnere volt valakinek, illetve minél magasabb nemi aktivitást fejtett ki valaki, annál nagyobb eséllyel tartozott a veszélyeztetett csoportba. A fogamzásgátló módszer megválasztásához az anyagi megfontolás (AOR: 3,4, 95% KI: 1,7-5,5) szintén fontos befolyásoló tényező volt. A művi abortuszok száma szintén jelentősen összefügg a nemi betegségek szempontjából nem hatékony fogamzásgátlással (AOR: 3,8, 95% KI: 3,3-5,8). Az egészségügyi szakemberekkel (AOR 0,8, 95% KI: 0,7-0,9), vagy az iskolai órákon kortárs segítőkkel történő elbeszélgetés (AOR: 0,7, 95% KI: 0,5-0,9), illetve a nemi úton terjedő betegségekről szóló előzetes felvilágosítás (AOR: 0,6, 95% KI: 0,5-0,7) a kockázatos szexuális tevékenység valószínűségének csökkenését eredményezi.



6. ábra. Regressziós analízis eredménye

## 2.4.2. Vizsgálati eredmények az II. fázisban

Az első fázisban kapott eredmények ismeretében a kutatás második fázisában célzottan azokra koncentráltunk, akik nem csupán részt vettek egészségfejlesztő foglalkozáson, hanem iskolai keretek között, kortárssegítőktől kapták az információt, ugyanis itt már a megvalósítandó Ariadné projekthez (lásd. 3. fejezet) gyűjtöttünk elsősorban adatokat.

Ezen populáción belül (N=716) két vizsgálati csoportot képeztünk: a szexuális egészségfejlesztésre vonatkozó kortárssegítő információforrásokat nagyon megbízhatónak tartja (N=429 ebből nő N=270, férfi N=159), illetve a másik csoportot, amely tagjai a szexuális egészségfejlesztésre vonatkozó információforrásokat kevésbé megbízhatónak tartják (N=287 ebből nő N=126, férfi N=161).

A megkérdezettek a szexuális egészségére vonatkozóan összesen 3 információforrást jelölhettek meg a legfontosabbnak.

A kortárssegítők által tartott iskolai reprodukív egészségnevelő órákon elhangzottakat 54,8% tartotta megbízhatónak és hitelesnek, 36,7% pedig kevésbé megbízhatónak ítélte az ebből a forrásból kapott információkat. Mindössze a válaszadók 8,6%-a nevezte meg az iskolai felvilágosítást haszontalannak.

A következő táblázatban láthatjuk (14. táblázat), hogy hasonlóan magas arányban tartják nagyon megbízhatónak az egészségügyi dolgozók (52,6%) és szakkönyvek (51,9%) által nyújtott információt, továbbá a család (49,7%) és a vallási közösség (39,5%), a barátok, kortársak (39,2%) által szolgáltatott információt a kontracepcióra és a nemi életre.

14. táblázat. A szexuális egészségfejlesztésre vonatkozó információforrások megbízhatóságának megoszlása

<i>Szexuális egészségre vonatkozó információforrás (N=783)</i>	<i>Nagyon</i>		<i>Kevésbé</i>		<i>Nem tekintette fontosnak a kapott információt</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
kortárssegítő egészségfejlesztő	429	54,79	287	36,65	67	8,55
egészségügyi dolgozó, orvos	412	52,62	10	1,28	361	46,10
tankönyv, szakkönyv	407	51,98	17	2,17	359	45,85
család	389	49,68	80	10,22	314	40,10
vallási közösség	309	39,46	76	9,71	398	50,83
barátok, kortársak	307	39,21	167	21,33	309	39,46
újságok	293	37,42	220	28,10	270	34,48
internet	269	34,35	126	16,09	388	49,55
társadalmi szervezet	254	32,43	130	16,60	399	50,96
televízió	240	30,65	242	30,91	301	38,44
rádió	173	22,09	252	32,18	358	45,72
brosúrák, tájékoztató füzetek	120	15,32	43	5,49	620	79,18



A további vizsgálatainkban azokat hasonlítottuk össze, akik megbízhatónak (n=429) illetve kevésbé megbízhatónak (n=287) tartották az iskolai egészségnevelő tevékenységet.

Szociodemográfiai adatok alapján vizsgáltuk az iskolai egészségfejlesztés fontosságának különbségeit az általunk létrehozott két csoportban (15. táblázat és 16. táblázat).

15. táblázat. Szociodemográfiai adatok 1.

<i>Szocio- demográfiai adatok</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>t</i>
	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>		
életkor	20,82±2,66		21,31±2,97		<0,05	-2,327
testvérek száma	1,37±0,97		1,51±1,13		n.s.	

A két csoport között a testvérek számában nincs szignifikáns eltérés, csak az életkoruk tekintetében. Azok, akik megbízhatónak tartották az iskolai felvilágosítást, szignifikáns módon ( $p=0,020$ ,  $t=-2,327$ ) különböznek életkor alapján azoktól, akik kevésbé tartották teljesen megfelelő információforrásnak. Az első csoport átlagéletkora 20 és 21 év, míg a második csoporté 21 és 22 év közé. Mindkét csoport tagjainak átlagosan több mint egy testvére van.

A nemek megoszlását tekintve abban a csoportban, akik megbízhatónak tartják, a kortárssegítő egészségfejlesztést, szignifikánsan több a lány (62,9% vs. 43,9%  $p=0,000$ ,  $AOR=0,72$ ). A két csoport tagjai többnyire városi lakosok (85,5% és 88,5%), és csak kevesen élnek együtt a párjukkal (11,4% és 7,2%). A vallásosság tekintetében szignifikáns különbség mutatkozott ( $p=0,046$ ,  $AOR=2,17$ ), a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók között kevesebben vannak, akiknek nincs vallásuk (29,1% és 36,2%). A vallásosgyakorlási szokásokban nem jelentkezett szignifikáns különbség a két csoport között, kevesen gyakorolják a vallásukat (11,4% és 14,3%).

16. táblázat. Szocioemográfiai adatok 2.

Szocio- demográfiai adatok	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
nem (nő)	270	62,9	126	43,9	<0,001	0,72 (0,53-0,99)
lakhely (város)	367	85,5	254	88,5	n.s.	
együttélés	49	11,4	20	7,2	n.s.	
nincs vallása	125	29,1	104	36,2	<0,05	2,17 (1,6-2,94)
vallásos és gyakorolja	49	11,4	41	14,3	n.s.	

A következő táblázatban (17. táblázat) azt mutatjuk be, hogy milyenek a szexuális attitűdjei azoknak, akik a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartják, illetve azoknak, akik kevésbé tartják megbízhatónak. A két csoport attitűdje többnyire nem tér el jelentősen a különféle szexuális aktivitás megítélésében, csak a pornográfia ( $p=0,011$ , AOR=1,72) és a sztriptíz bárba járás tekintetében voltak szignifikánsan konzervatívabbak ( $p=0,019$ , AOR=1,74) és kevésbé elfogadóak azok, akik, megbízhatóbbnak ítélték az iskolai reprodukív egészségnevelési órákon elhangzottakat.

17. táblázat. Szexuális attitűdre vonatkozó kérdések

<i>Nem tartja elfogadhatónak</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé megbízhatónak tartja (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
poliandriát	353	82,3	237	82,6	n.s.	
megcsalást	356	83,0	220	76,7	n.s.	
poligámiát	335	78,1	224	78,0	n.s.	
prostitúciót	274	63,9	164	57,1	n.s.	
csoportszexet	225	52,4	147	51,2	n.s.	
homoszexualitás	216	50,3	153	53,3	n.s.	
pornográfiát	87	20,3	37	12,9	<0,05	1,72 (1,13-2,61)
nudizmust	71	16,6	36	12,5	n.s.	
sztriptízt	61	14,2	25	8,7	<0,05	1,74 (1,06-2,84)
házasság előtti szexet	12	2,8	4	1,4	n.s.	
maszturbációt	11	2,6	12	4,2	n.s.	

Fontosnak véltük annak megismerését, hogy a fiatalok kihez fordulnak, hogy a szexuális kérdéseiket megválaszolják, illetve ha valamilyen szexuális problémájuk van. A szexualitásra és a fogamzásgátlásra vonatkozó információk megszerzésében a két csoport tagjai szintén hasonlóan leginkább az internetre (73,9% illetve 64,9%) támaszkodtak, és onnan szereztek jelentős mennyiségű és minőségű információt (18. táblázat).

18. táblázat. Szexuális információforrások

<i>Milyen forrásból tájékozódsz szexuális kérdésekkel kapcsolatban?</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
internet	317	73,9	185	64,91
újság, magazin	32	7,5	24	8,42
partner	18	4,2	23	8,07
egyéb	2	0,5	18	6,32
szülők	24	5,6	14	4,91
barátok	7	1,6	8	2,81
szakfolyóiratokból, szakmai könyv, oktató anyag, ismeretterjesztő	13	3,0	4	1,40
televízió	6	1,4	3	1,05
nőgyógyász/ urológus	0	0,0	3	1,05
házi orvos, védőnő, iskolaorvos	2	0,0	3	1,05
volt tanár / tanár	5	1,2	0	0,00
testvér	2	0,5	0	0,00

A szexuális problémájukat a válaszadók leginkább a partnerükkel (72,3% és 70,7%), ezt követően a barátaikkal (54,8% és 44,6%), a szüleikkel (23,3% és 16,4%), testvérükkel (15,3% és 11,9%) és a(z) nőgyógyászukkal/urológusukkal (12,8% és 12,2%) beszélnek meg (19. táblázat). Az iskolai egészségfejlesztést megbízhatónak tartók szignifikánsan nagyobb arányban támaszkodnak a barátaikra ( $p=0,008$ ,  $t=2,316$ ), szüleikre ( $p=0,021$ ,  $t=2,680$ ) és a pszichológusukra ( $p=0,016$ ,  $t=2,422$ ). A válaszolók nem adták meg, hogy ki az az egyéb személy, akire még rábízák a szexuális problémáikat, de azok, akik az iskolai egészségfejlesztést kevésbé tartják megbízhatónak, azok erre a lehetőségre szignifikánsan jobban támaszkodnak ( $p=0,006$ ,  $t=-2,783$ ).

19. táblázat. A szexuális problémák megtárgyalása

Személy	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak</i>		<i>p-érték</i>	<i>t</i>
	átlag	szórás	átlag	szórás		
partner	72,26	0,448	70,73	0,456	n.s.	
barát	54,78	0,498	44,60	0,498	<0,05	2,680
szülő	23,31	0,423	16,38	0,371	<0,05	2,316
testvér	15,15	0,359	11,85	0,324	n.s.	
nőgyógyász/urológus	12,82	0,335	12,20	0,328	n.s.	
senki	5,59	0,230	5,57	0,230	n.s.	
pszichológus	3,03	0,172	0,70	0,083	<0,05	2,422
rokon	2,33	0,151	2,09	0,143	n.s.	
egyéb	2,10	0,143	6,62	0,249	<0,05	-2,783

A következő táblázat (20. táblázat) azt mutatja, hogy mennyire kockázatvállalók szexuális téren a vizsgálatban részt vevő személyek. A két csoportban hasonlóan, a többség egy egész életen át tartó kapcsolatot tart ideálisnak (56,3% vs. 61,0%), illetve az több egymás utáni tartós kapcsolatot is előnyösnek tartanak még hasonlóan jelentős hányadban (21,4% vs. 14,2%). Következésképpen, a nem tartós, alkalmi vagy párhuzamos kapcsolatot pártolók aránya összességében szintén nem tér el a két csoportban.

20. táblázat. Párkapcsolati típusok megoszlása

<i>Milyen párkapcsolat felelne meg neked legjobban?</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>	
	n	%	n	%
élethosszig tartó kapcsolat (csak egyetlen partner az egész életben)	240	56,30	172	61,00
egymást követően több kizárólagos kapcsolat	91	21,40	40	14,20
egy állandó és több ideiglenes partner	35	8,20	20	7,10
futó kapcsolatok	30	7,00	43	15,20
egyedüllét	5	1,20	0	0,00
egyéb	25	5,90	7	2,50

Azok, akik az iskolai egészségfejlesztést kevésbé tartják megbízhatónak, a futó kapcsolat is megfelel (15,2%), szemben a másik csoporttal (7,0%).

A két csoport között a párkapcsolati megfelelés kérdésében nem található szignifikáns eltérés.

### *A szexuális nevelés*

Mindkét csoport jellemzően úgy gondolja, hogy a nemi és fogamzásgátlásra vonatkozó felvilágosítás alappillére a család (69,8% illetve 69,1%). Mint fontos egészségnevelő fórum az egészségnevelőket 13,1% illetve 9,6% arányban nevezték meg. Ezért is fontos, hogy olyan egészségnevelő szakemberek álljanak a tanulók rendelkezésére, akik kellően felkészültek a kérdésekre, és akikben megbízhatnak. Sokszor felmerül a kérdés, hogy az egészségnevelésen belül a szexuális nevelés kinek a feladata. Erről kérdeztük meg a vizsgálatban résztvevőket, melynek eredményét a következő táblázat szemlélteti (21. táblázat). Nem válaszolták meg a felmérésében részt vevő személyek, hogy ki az a személy, aki „egyéb” kategóriába tartozik (9,7% és 18,4%).

21. táblázat. A szexuális nevelés hatáskörének megoszlása

<i>Szerinted kinek leginkább feladata a szexuális nevelés</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
szülő	296	69,80	188	69,10
egészségnevelő	55	13,00	26	9,60
iskolaorvos	21	5,00	2	0,70
tanár	11	2,60	6	2,20
egyéb	41	9,70	50	18,40

A hatékony egészségnevelői munka segíthet, hogy minél későbbre tolódjon az első szexuális élmény ideje, illetve, hogy a hallgatók tudtára adjuk, hogy már az első közösülés alkalmával is megfertőződhetnek, ha nem védekeznek megfelelően. A következő táblázatban ezt a két kérdést vizsgáltuk meg (22. táblázat).

A válaszadók túlnyomó többsége közepesen alacsony esélyűnek gondolta a nemi betegségek átadhatóságát egyetlen nemi aktus során (17,1% és 18,9%). Az első nemi érintkezés később következett be azoknál, akik az iskolai szexuális felvilágosítást megbízhatónak vallották. Ez az időpont mindkét csoportban átlagosan 15 éves körüli korra tehető.

22. táblázat. A szexuális kultúrára, magatartásra vonatkozó kérdések

<i>Szexuális kultúra és magatartás</i>	<i>A kortárssegítő egészség- fejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészség- fejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>
	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	
véleménye szerint az STI átvitelének esélye egy nemi érintkezés alkalmával	17,05±20,97		18,86±21,35		n.s.
a megkérdezett életkora az első nemi közösülés alkalmával	14,92±5,31		15,18±5,56		n.s.

A szexuális úton terjedő betegségek, fertőzések és a HIV- fertőzöttek száma Magyarországon jelenleg alacsony, azonban a tizenévesek között a nem biztonságos szexuális kapcsolatok egyre elterjedtebbek. A HIV (bármilyen formájú) közösülés, intravénás droghasználat esetén közös fecskendő, vérátömlesztés útján történő átvihetőségével kapcsolatos ismereteknek magas arányban voltak tudatában mindkét csoportba tartozók, azonban már sokkal kevesebben tudták, hogy a HIV sok egyéb más módon is terjed. Akik az egészségfejlesztést kevésbé tartják megbízhatónak, azok között szignifikánsan többen gondolják helytelenül úgy, hogy a HIV terjedhet az uszodában ( $p=0,005$ , AOR=0,51) és csókolózás útján ( $p=0,035$ , AOR=0,16), illetve szignifikánsan többen tudták az iskola egészségnevelést megbízhatónak tartók, hogy hüvelyi úton történő közösülés ( $p=0,018$ , AOR=2,10) és anális közösülés ( $p=0,008$ , AOR=0,63) alkalmával is terjed a HIV fertőzés. (23. táblázat).



23. táblázat. HIV átadhatóságára vonatkozó ismeretek

<i>Úgy tudja, hogyan a HIV átvihető</i>	<i>A kortárssegítő egészségnevelést megfelelőnek tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p- érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
hüvelyi úton történő közösüléssel	408	95,1	259	90,2	<0,05	2,10 (1,17-3,78)
orális közösüléssel	265	61,8	181	63,1	n.s.	
anális közösüléssel	297	69,2	224	78,0	<0,05	0,63 (0,45-0,89)
heteroszexuális közösülés során	75	17,5	46	16,0	n.s.	
homoszexuális közösüléssel	70	16,3	43	15,0	n.s.	
szoptatással	149	34,7	98	33,4	n.s.	
vér- transzfúzióval	391	91,1	251	87,5	n.s.	
fogászati vizsgálat útján	34	7,9	32	11,1	n.s.	
orvosi vizsgálat útján	28	6,5	13	4,5	n.s.	

<i>Úgy tudja, hogy a HIV átvihető</i>	<i>A kortárssegítő egészségnevelés t megfelelőnek tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		p-érték	OR (95% KI)
	n	%	n	%		
kézfogással	6	1,4	6	2,1	n.s.	
arcra történő puszival	33	7,7	34	11,8	n.s.	
szájra történő puszival (csókkal)	91	21,1	181	63,0	<0,05	0,16 (0,11-0,22)
intravénás drog-használattal (közös injekciós tű használatával)	386	90,0	257	87,7	n.s.	
intravénás drog-használattal (közös injekciós tű használata nélkül)	205	47,8	244	85,0	n.s.	
rovarcsípéssel is terjed	91	21,2	50	17,4	n.s.	
wc-ülőkéről	39	9,1	33	11,5	n.s.	
uszodában	38	8,9	46	16,0	<0,05	0,51 (0,32-0,81)

Az STI-k nemi érintkezés útján történő átvihetőségének ismeretében is hasonló eredményt adott a következő táblázat (24. táblázat).

A nemi úton terjedő betegségek közül azokat, amelyeket a médiában nagy érdeklődés övez (HIV, Genitális herpesz, szifilisz, petefészek gyulladás) illetve, amelyek az elterjedtebbek közé tartoznak (Chlamydia, Hüvelygomba, Genitális herpesz, Human Papilloma Vírus) viszonylag jól ismerik mindkét csoport tagjai. A legkevésbé az Inguanis bubo betegségről hallottak (84,4% és 76,3%), de a két csoport között nincs szignifikáns különbség ( $p=0,060$ ). A HIV a legismertebb betegség mindkét csoportban (100,0% illetve 99,7% ismeri). A Trichomonas

fertőzést ( $p=0,005$ ,  $AOR=1,63$ ) szignifikánsan kevesen ismerték az iskolai egészségfejlesztést meghízhatóbbnak tartók csoportjában. A gyakoribb nemi megbetegedések közül szignifikánsan többen ( $p=0,019$ ,  $t=0,58$ ) ismerték a hüvelyi folyást az egészségfejlesztést megbízhatóbbnak tartók csoportjában, mindösszesen 9,6% mondta azt, hogy nem ismeri ezt a betegséget.

24. táblázat. A nemi úton terjedő betegségek ismerete

<i>Nem ismeri a(z)</i>	<i>A kortárssegítő egészség- fejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészség- fejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
Condylomát	340	79,3	200	69,7	<0,05	1,67 (1,18-2,34)
Trichomoniasist	307	71,6	174	60,6	<0,05	1,63 (1,19-2,24)
Chlamydiát	163	38,0	111	38,7	n.s.	
HPV-fertőzést	104	24,2	71	24,7	n.s.	
Candidát	94	21,9	74	25,8	n.s.	
Gonorrhoeat	67	15,6	34	11,8	n.s.	
Hüvelyi folyás	41	9,6	44	15,3	<0,05	0,58 (0,37-0,92)
Genitális herpeszt	22	5,1	10	3,5	n.s.	
Szifiliszt	4	0,9	2	0,7	n.s.	
HIV-fertőzést	0	0,0	1	0,3	n.s.	

A nemi úton terjedő betegségek ismerete ellenére is elkaphatnak a tanulók egy betegséget, ha nem tudják, hogy hogyan kell ellene megfelelően védekezni. Az alábbi táblázat azt mutatja, hogy hány hallgatónak volt már az eddigi élete során valamilyen szexuális úton terjedő betegsége (25. táblázat).

25. táblázat. Az STI-k elleni védelem ismeretének specifikumai

<i>STI védelem és ismeret</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
volt már szexuális úton terjedő betegsége (STI-je)	15	3,5	10	3,5	n.s.

Kíváncsiak voltunk, hogy azoknak, akiknek már volt valamilyen szexuálisan terjedő betegségük (3,5% és 3,5%), mi volt a fertőzés neve.

A többségnek (96,5%-nak) még egyik csoportban sem volt semmilyen szexuálisan terjedő betegsége - vagy nem vallották be.

Azok, akik bevallották, hogy volt már szexuálisan terjedő betegsége, azok közül 0,7% volt valamilyen gombás fertőzése. Több olyan személy volt a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók csoportjában (1,3%), akinek Herpes genitalis fertőzése volt – a teljes minta 0,7%-ának. A válaszadók 0,6%-nak már volt Candida fertőzése és 0,3%-nak Condolyma betegsége.

A következő 26. táblázat a teljes minta szexuálisan úton megszerzett tagjainak a fertőzésének a nevét mutatja.

Nem lehet tudni, hogy azok, akik erre a kérdésre nem válaszoltak (0,6%), azoknak volt már nemi betegségük csak nem akartak válaszolni, vagy volt már korábban, de nem tudták megmondani a nevét, esetleg nem voltak biztosak benne, hogy a tünetek egy nemi betegséggel függenek össze. Felvetődik a kérdés, hogy a tanulók ismerik-e az egyes fertőzések tüneteit.

26. táblázat. A szexuális úton megszerzett fertőzés neve

<i>Ha volt már szexuális úton terjedő betegséged, akkor mi volt a betegséged neve?</i>	<i>Százalékos gyakoriság</i>
nem volt szexuális betegsége	96,50
Egyéb gombás fertőzés	0,70
Herpes genitalis fertőzés	0,70
Candida fertőzés	0,60
Condyloma fertőzés	0,30
Trichomonas	0,10
E-coli fertőzés	0,10
HPV fertőzés	0,10
Hüvelyi folyás (tünet)	0,10
hiányzó adat	0,60
<i>Összesen</i>	<i>100,0</i>

A nemi betegségek terjedésén kívül az is fontos kérdés, hogy tudják-e a fiatalok, hogy hogyan lehet ellenük védekezni (27. táblázat). Arra a kérdésre, hogy mivel lehet megelőzni a nemi úton terjedő betegségeket, a legtöbben az óvszerhasználatot (83,7% illetve 65,9%) jelölték meg a vizsgálati csoportokban, ahogyan azt a következő táblázat is mutatja

Második helyen jelölte meg mindkét csoport, mint legmegbízhatóbb módszert, az önmegtartóztatást (4,0% és 10,8%). A kortárs egészségfejlesztést nem megbízhatóbbnak tartók csoportjában ezt a módszert többen vélik eredményesebbnek, szemben a másik csoport tagjaival. Megbízhatónak tartja még a válaszadók (3,7% és 7,6%), ha a monogám kapcsolat során óvszert is használnak.

Mindkét csoportban voltak olyanok (0,3% illetve 2,2%), akik szerint nincs olyan megbízható eszköz vagy módszer, ami legjobban védene a szexuális úton terjedő betegségek ellen.

27. táblázat. A STI-k ellen legmegbízhatóbbnak tartott módszerek megoszlása

<i>LEGmegbízhatóbbnak vélt módszerek az STI-k ellen</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
óvszer	272	83,7	147	65,9
önmegtartóztatás	13	4,0	24	10,8
monogámia és óvszer	12	3,7	17	7,6
monogámia	10	3,1	4	1,8
óvszer és fogamzásgátló	5	1,5	9	4,0
fogamzásgátló	3	0,9	4	1,8
orvosi vizsgálat	3	0,9	1	0,4
monogámia vagy önmegtartóztatás	2	0,6	0	0,0
higiénia és orvosi vizsgálat	1	0,3	0	0,0
óvszer és orvosi vizsgálat	0	0,0	2	0,9
fogamzásgátló és orvosi vizsgálat	1	0,3	1	0,4
többszörös védekezés	0	0,0	4	1,8
óvszer és pesszárrium	1	0,3	0	0,0
pesszárrium	0	0,0	1	0,4
óvatosság	1	0,3	2	0,9
óvszer és higiénia	0	0,0	2	0,9
nincs ilyen módszer	1	0,3	5	2,2

Az óvszerhasználat kulcskérdés a szexuális úton terjedő betegségek megelőzésében. Ezért célszerű ezt a kérdést jobban megvizsgálni, hogy vajon van-e különbség a két vizsgált csoportban, a tekintetben, hogy mennyire gondolják a fiatalok, hogy a kondom nyújtja a legmegbízhatóbb védelmet a nemi betegségekkel szemben (28. táblázat) A táblázatban látható eredmények szignifikáns eltérést mutattak a két csoport véleménye között ( $p=0,001$ ,  $AOR=1,65$ ), ugyanis a kortárssegítést megbízhatóbbnak tartók szerint az óvszer jobban véd a szexuális úton terjedő betegségekkel szemben.

Az óvszer használata természetesen nemcsak a szexuális úton terjedő betegségekkel szemben véd, hanem a nem kívánt terhességgel szemben is. Szükséges megvizsgálni tehát, hogy milyen arányban használják az óvszert a fogamzásgátlás során, illetve milyen más fogamzásgátló eszközt használnak.

28. táblázat. Az STI-k elleni védelem ismeretének specifikuma

STI-k elleni védelem	A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)		A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)		p-érték	OR (95% KI)
	n	%	n	%		
bejelölte, hogy az óvszer véd a legjobban az STI-kel szemben	272	63,4	147	51,2	<0,01	1,65 (1,22-2,24)

### *A fogamzásgátlók alkalmazása, ismerete*

A fogamzásgátlók közül a szakirodalom megbízhatónak a művi meddővé tételt (méhkürt vagy ondóvezeték elvágása, elégetése, elkötése), a hormon tartalmú módszereket, a hormont nem tartalmazó módszerek közül az intrauterin fogamzásgátló eszközt tartja.

A vizsgálat során megkérdeztük, hogy melyik fogamzásgátló módszereket tartják általában megbízhatónak (29. táblázat). A kevésbé megbízható metodikákat kevés megkérdezett tartotta megbízhatónak: a megkérdezettek zöme (85,8% illetve 91,6%) azonban csak a fogamzásgátló tablettát tartotta annak, és meglepő módon kevesen tudták, hogy a fogamzásgátló injekció, tapasz,

implantátum és hüvelygyűrű is magas megbízhatóságú, ahogy a műtéti módszerek és a méhen belüli eszköz is. A fogamzásgátló eszközt a kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé megbízhatónak tartók csoportjában szignifikánsan többen gondolják megbízhatóbbnak ( $p=0,013$ ,  $AOR=0,56$ ). Nem találtunk szignifikáns eltérést a fogamzásgátlók megbízhatóságának arányában a két vizsgált csoportban. A fogamzásgátlók megbízhatósága alapján képzett sorban a fogamzásgátló tabletta és a kondom után, a tuba ligációt (melynek során a petefészekből a méhbe vezető pete útját elzárják) jelölték meg többen (46,4% és 43,6%) és az IUD-t, azaz a hormon tartalmú spirált (46,4% és 41,8%).

A fogamzásgátló tablettát a hallgatók megbízhatóbb fogamzásgátló eszköznek tartják, mint az óvszert. Az óvszert azonban a fogamzásgátló tabletta mellett is célszerű használni, hiszen gondolni kell a nemi betegségekre is.

29. táblázat. A fogamzásgátlók megbízhatósági aránya

<i>Fogamzásgátló eszköz</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
fogamzásgátló tabletta (OC)	368	85,8	263	91,6	<0,05	0,55 (0,34-0,9)
óvszer	359	83,7	234	81,5	n.s.	
tuba ligáció	199	46,4	125	43,6	n.s.	
IUD (hormon tartalmú spirál)	199	46,4	120	41,8	n.s.	
sterilizáció (gyógyszeres)	133	31,0	77	26,8	n.s.	
IUS (hormon mentes spirál)	123	28,7	77	26,8	n.s.	
vasectomia	116	27,0	72	25,1	n.s.	
pesszárium	103	24,0	55	19,2	n.s.	
hüvelygyűrű	79	18,4	63	22,0	n.s.	



<i>Fogamzásgátló eszköz</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
kontraceptív injekció	78	18,2	48	16,7	n.s.	
implantátum	71	16,6	34	11,8	n.s.	
spermicidek	41	9,6	21	7,3	n.s.	
fogamzásgátló tapasz	28	6,5	17	5,9	n.s.	
megszakított közösülés	14	3,3	10	3,5	n.s.	
naptár módszer	12	2,8	5	1,7	n.s.	

A kondomra vonatkozó kérdések között csak egy esetben nem volt statisztikailag értékelhető különbség azok között, akik az iskolai felvilágosítást kevésbé tartják megbízhatónak és akik igen (30. táblázat).

A legtöbb – szubjektív - vélemény az volt, hogy az óvszer csökkenti az érzékiséget (28,7% és 26,5%). Többen azért nem alkalmaztak kondomot, mert más fogamzásgátló eszközzel védekeztek (28,2%, illetve 30,0%). A párkapcsolatban gyakran bizalom áll fent a partnerek között (24,2% illetve 23,3%), ezért nem használnak óvszert, de az is előfordul, hogy a fiú (esetleg a lány) nem óhajtja használni (4,0% és 4,5%) az óvszert. Az óvszerhasználat ellen szólt, hogy kényelmetlen volt mindkét csoport számára (25,6% és 26,1%). Sajnos ez ellen a tény ellen nem sok mindent lehet tenni, bár az óvszergyártók próbálnak minél vékonyabb és finomabb anyagból óvszert készíteni.

Nagyfokú felelőtlenséget feltételez, hogy a válaszadók 13,8% illetve 12,2%-a nem tart magánál mindig óvszert, de az is megesik, hogy nincs elegendő pénze a megvásárlásához (4,2%). Azonban az óvszer többi jellemzője csak elenyészően befolyásolta a két vizsgált csoport tagjait. Az eredmény megerősíti azt az elvárás, hogy az egészségnevelők feladata felhívni a figyelmet arra, hogy a kifogásokat könnyű találni, hogy miért ne használják a partnerek az együttlét során a kondomot, de a használata melletti előnyökre kell helyezni a hangsúlyt, hogy egyszerre véd a nem kívánt terhesség és a nemi betegségek ellen, illetve a többi fogamzásgátló módszerhez képest könnyebb és olcsóbb is a használata.

30. táblázat. Az óvszerrel kapcsolatos kérdések

<i>Azért nem használ óvszert, mert</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>	
szerinte csökkenti az érzékiséget	123	28,7	76	26,5	n.s.
más fogamzás-gátlót használ	121	28,2	86	30,0	n.s.
kényelmetlennek tartja	110	25,6	75	26,1	n.s.
bízik a partnerében	104	24,2	67	23,3	n.s.
nem volt otthon óvszer	59	13,8	35	12,2	n.s.
nincs pénze rá	18	4,2	12	4,2	n.s.
(a barátja) nem akarja felhúzni	17	4,0	13	4,5	n.s.
befolyásolja a pénisz-erekción	14	3,3	3	1,0	n.s.
szerinte elveszi a nemi örömet	5	1,2	5	1,7	n.s.
nehéznek tartja a felhúzást	1	0,2	0	0,0	n.s.
hangosnak véli szex közben	1	0,2	0	0,0	n.s.
nem tartja szexinek	0	0,0	2	0,7	n.s.

Hazánkban kevésbé elterjedt módszer a pesszárium, ami a méhnyakra felhelyezhető kicsi gumiból készült sapka, és az óvszerhez hasonlóan, mechanikusan akadályozza meg a spermiumok bejutását a méhbe. Kíváncsiak voltunk, hogy a mintánkban szokták-e alkalmazni ezt a fogamzásgátló módszert. Egy korábbi kérdésből kiderült, hogy a hallgatók 20,4% illetve 19,2%-a tartja megbízható fogamzásgátló eszköznek. A következő táblázat a pesszárium ismeretét és használatát szemlélteti a válaszadók körében (31. táblázat). A megkérdezettek többsége hallott már a pesszáriumról, de csak elenyészően kevesen használták már korábban (0,9% illetve 3,8%) vagy az aktuális ciklusban (0,9% illetve 0,0%). Szignifikánsan többen hallottak már a pesszáriumról ( $p=0,004$ ,  $AOR=2,02$ ) a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatóbbnak tartók csoportjában. A kortárssegítő egészségfejlesztést nem megbízhatónak tartók között viszont szignifikánsabban többen használták ( $p=0,019$ ,  $AOR=0,24$ ) már ezt a fogamzásgátló eszközt.

31. táblázat. A pesszárium ismerete és használata

<i>Pesszárium alkalmazás</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p- érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
hallott már a pesszáriumról	384	89,5	232	80,8	<0,05	2,02 (1,32-3,10)
alkalmazott már pesszáriumot	4	0,9	11	3,8	<0,05	0,24 (0,74-0,75)
most is alkalmaz pesszáriumot	4	0,9	0	0,0	n.s.	

A következő táblázat (32. táblázat) azt mutatja, hogy a pesszáriumról mi a véleményük a használóknak. Azok, akik már kipróbálták a pesszáriumot, azt közölték 78,4% a nem viszonyult sehogy, se jó, se rossz érzést nem váltott ki belőlük a használata, nem viszonyultak sehogy hozzá. 27 százalékuknak tetszett, míg 10,8% százalékuknak nem tetszett a használata. A válaszokból kiderült, hogy a megkérdezettek 94,8%-a nem használt még pesszáriumot.

32. táblázat. A megkérdezett személy véleménye a pesszáriumról

<i>Ha már használtál pesszáriumot, akkor mi volt a véleményed?</i>	<i>Gyakoriság</i>	<i>Százalékos gyakoriság</i>	<i>Százalékos valódi gyakoriság</i>	<i>Százalékos kumulatív gyakoriság</i>
közömbös volt	29	4,1	78,4	78,4
nagyon szexis volt	2	0,3	5,4	83,8
tetszett	1	0,1	2,7	86,5
nem tetszett	4	0,6	10,8	97,3
akadályozta a közösülést	1	0,1	2,7	100,0
összes vélemény a pesszáriumról	37	5,2	100,0	
nem használt még	679	94,8		
<i>Összesen</i>	<i>716</i>	<i>100,0</i>		

A partner részéről az alábbiak szerint alakultak a vélemények a pesszáriumról: 82,4%-nak közömbös volt, 2,0%-nak tetszett illetve 5,9%-nak pedig nem tetszett. Az eredményeket az alábbi táblázat szemlélteti (33. táblázat).

33. táblázat. A partner véleménye a pesszáriumról

<i>Ha a partnered már használt pesszáriumot, mi volt a véleménye róla?</i>	<i>Gyakoriság</i>	<i>Százalékos gyakoriság</i>	<i>Százalékos valódi gyakoriság</i>	<i>Százalékos kumulatív gyakoriság</i>
közömbös volt számára	42	5,9	82,4	82,4
szexisnek tartotta	3	0,4	5,9	88,2
tetszett neki	1	0,1	2,0	90,2
nem tetszett neki	3	0,4	5,9	96,1
csökkentette az érzékenységet	2	0,3	3,9	100,0
összes vélemény a pesszáriumról	51	7,1	100,0	
nem használt még	665	92,9		
<i>Összesen</i>	<i>716</i>	<i>100,0</i>		

A következő táblázatban (34. táblázat) a sürgősségi fogamzásgátlással kapcsolatos kérdésünket vizsgáljuk meg. Elmagyaráztuk, hogy az EC (Emergency Contraception), azaz a sürgősségi fogamzásgátlás a nem megfelelő, esetleg teljesen hiányzó védekezés esetén szokott felmerülni. Az orvostól kapott magas hormon tartalmú tablettát 48-72 órán belül kell bevenni. Ez a módszer azonban nem helyettesíti a megfelelő védekezést.

Az iskolai reprodukzív egészségfejlesztésben részesülő megkérdezettek között kismértékben több volt az a személy, akinek volt olyan nemi aktusa, amelynek során egyáltalán nem alkalmazott fogamzásgátló módszert (42,2% illetve 46,0%) - még esemény utáni tablettát sem. Körülbelül a megkérdezettek ötöde folyamodott már sürgősségi tablettához a nem védekezést követően (20,3% illetve 20,9%). A két csoport között nem találtunk szignifikáns eltérést.

34. táblázat. Az EC szedésre és a nem megfelelő védekezésre vonatkozó specifikumok

Specifikumok	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
megtörtént már, hogy nem védekezett egy nemi aktus során	181	42,2	147	46,0
EC-t használt már	87	20,3	60	20,9

A sürgősségi tabletta használata nem mindenki számára evidens vagy nem biztos, hogy időben jutnak hozzá. Ilyenkor merül fel az abortusz lehetősége, melynek mérlegelését több minden befolyásolhatja (például család, vallás, partner). A kérdőívben ez is egyike volt a kérdéseknek (35. táblázat. Az abortuszra vonatkozó egyéb kérdések).

A válaszok alapján látható, hogy a felmért személyek 23,3%-a és 23,7%-a tartja elfogadhatónak az abortuszt. Elenyészően kevés fiatalnak volt már terhesség-megszakítása (1,2% és 4,9%), de ez az arány a kortárssegítő egészségfejlesztést nem megbízhatónak vélők körében szignifikánsan magasabb volt ( $p=0,007$ , AOR=0,23).

35. táblázat. Az abortuszra vonatkozó egyéb kérdések

Abortusz kérdés	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztés t kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p- érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
egyetért az abortusszal	100	23,3	68	23,7	n.s.	
volt már abortusza	5	1,2	14	4,9	<0,05	0,23 (0,09-0,65)

Feltételezhetően azoknak, akiknek idáig volt már abortuszuk, nagyobb valószínűséggel több szexuális partnerrel létesítettek kapcsolatot, ezért megkérdeztük a szexuális partnerek számát is a vizsgálatban (36. táblázat). Akik a kortárssegítő szexuális felvilágosítást kevésbé tartják megbízhatónak, az elmúlt 3 és 12 hónapban is több volt a nemi partnerek száma az eddigi életük során pedig szignifikánsan több ( $p=0,001$ ,  $t=3,493$ ).

36. táblázat. Szexuális partnerek számának vizsgálata

<i>Szexuális partnerek száma</i>	<i>A kortárssegítő egészség-fejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészség- fejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>t</i>
	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>		
az eddigi élete során	3,36	3,075	4,28	3,636	<0,05	3,493
az elmúlt 12 hónapban	1,34	1,283	1,46	1,273	n.s.	
az elmúlt 3 hónapban	0,88	0,703	0,92	0,736	n.s.	

A fiatalok között napjainkban egyre több azoknak a száma, akik nem elégszenek meg csupán egyetlen partnerrel, hanem izgalmasabb szexuális életre vágynak további partnerrel vagy partnerekkel.

A szabados nemi élet szintén elterjedtebb volt azoknál, akik nem tartották fontosnak az iskolai reprodukív nevelő tevékenységet (37. táblázat), a csoportos szex kipróbálása volt szignifikánsan több ( $p=0,04$ ,  $t=3,893$ ) ebben a csoportban. Mindkét csoportban előfordult, hogy volt már egyszerre több partnere vagy jelenleg is van egyidejűleg több partnerrel kapcsolata.

37. táblázat. Több szexuális partnerrel rendelkezők számának vizsgálata

<i>Kockázatos nemi élet</i>	<i>A kortárssegítő egészség- fejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészség- fejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>t</i>
	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>		
volt már egyszerre több partnerrel	0,11	0,319	0,16	0,365	n.s.	
jelenleg is van egyidejűleg több partnerrel kapcsolata	0,03	0,175	0,06	0,235	n.s.	
kipróbálta már a csoportos szexet	0,03	0,162	0,11	0,309	<0,05	3,893

Mindkét csoportban a leggyakoribb előfordulása a heti több alkalommal történő nemi aktus volt a (49,9% vs. 54,7%), míg a havi pár alkalom már jóval ritkábban fordult elő (10,7% illetve 11,5%). A mintából nem volt partnere még 48 főnek a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartó csoportban, és 21 főnek a második csoportban (38. táblázat). Mindkét csoportban voltak olyanok, akik valószínűleg nem akarták válaszolni erre a kérdésre (1,6% és 1,7%).



38. táblázat. Az elmúlt 1 év szexuális együttléteinek gyakorisága

<i>Figyelembe véve az elmúlt 12 hónapot, milyen gyakorisággal létesített szexuális kapcsolatot?</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
még nem volt szexuális kapcsolatom	48	11,2	21	7,3
napi rendszerességgel	18	4,2	18	6,3
hetente 2-3 alkalommal	214	49,9	157	54,7
havonta 1-3 alkalommal	46	10,7	33	11,5
3 havonta	58	13,5	29	10,1
6 havonta	10	2,3	5	1,7
évente egyszer	28	6,5	19	6,6
nem válaszolt	7	1,6	5	1,7

A védekezések megoszlásának tekintetében jelentős adat, hogy mindkét fél védekezik: ez a módszer igen magas a két csoportban: 24,2% és 32,4%, tehát mindkét fél igyekszik védekezni a szexuális kapcsolat létesítése során fogamzásgátlóval és óvszerrel egyaránt. Meglepően magas volt az aránya azoknak (8,2%), akik erre a kérdésre nem válaszoltak az iskolai egészségfejlesztést megbízhatónak tartók között, de a másik csoportban is többen (3,8%) kihagyták ezt a kérdést (39. táblázat).

39. táblázat. A védekezés megoszlása a partnerek között

<i>Amikor van partnered, akkor hogyan oldjátok meg egymás között a védekezést a nemi aktus során?</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
én védekezem, de a partnerem nem	165	38,50	82	28,60
mindketten védekezünk	113	26,30	90	31,40
én nem védekezem, csak a partnerem védekezik	104	24,20	93	32,40
egyikünk sem védekezik	12	2,80	11	3,80
nem válaszolt	35	8,20	11	3,80

Azt, hogy milyen arányban oszlik meg a fogamzásgátló eszközök használata az elmúlt egy évben és jelenleg a következő két táblázat mutatja: az elmúlt egy év védekezési módszereit és a jelenleg használtat kérdeztük meg a vizsgált személyektől lehetőséget teremtve, hogy az esetleges változásokra is fény derüljön (40. táblázat).

Az aktuális fogamzásgátló módszerek tekintetében, az elmúlt 1 év folyamán, a legtöbben óvszert (66,9% és 63,4%) illetve a fogamzásgátló tablettát (44,1% és 59,9%) használtak. Szignifikánsan többen használtak fogamzásgátló tablettát ( $p=0,000$ ,  $AOR=0,53$ ), azok között, akik a kortárssegítő egészségfejlesztést nem tartják kellően megfelelőnek. Jelentősnek mondható még a megszakított közösülést alkalmazók aránya (17,9% és 12,5%). Megállapítható, hogy szinte mindenki alkalmazott valamilyen fogamzásgátló módszert.

40. táblázat. Védekezési módszer az elmúlt egy évben

<i>Fogamzás- gátló eszköz használat az elmúlt évben</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
kondom	287	66,9	182	63,4	n.s.	
fogamzás- gátló tabletta	189	44,1	172	59,9	<0,001	0,53 (0,39-0,71)
megszakított közösülés	77	17,9	36	12,5	n.s.	
kémiai eszköz	3	0,7	2	0,7	n.s.	
hüvelygyűrű	6	1,4	4	1,4	n.s.	
méhspirállal	2	0,5	7	2,4	n.s.	
természetes védekezés	9	2,1	5	1,7	n.s.	
egyéb	3	0,7	4	1,4	n.s.	
nem védekezik	8	1,9	5	1,7	n.s.	

A jelenleg használt fogamzásgátló módszerek aránya hasonló, de a fogamzásgátló tablettát (47,6% és 64,8%) növekvő arányban alkalmaznak újabban, a megszakított közösüléshez és a többi kevésbé megbízható fogamzásgátlóhoz képest. Az elmúlt egy évben, az egyik csoportban sem használtak fogamzásgátló injekciót, IUD-t, pesszáriumot és fogamzásgátló implantátumot. Az óvszer használata csökkent (68,1% és 59,9%) az elmúlt évhez képest (41. táblázat). A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé megbízhatónak tartók között szignifikánsan többen használnak fogamzásgátló tablettát ( $p=0,000$ , AOR=0,49), míg a másik csoportban többen alkalmaznak megszakított közösülést ( $p=0,025$ , AOR=1,57) és kémiai eszközt ( $p=0,002$ , AOR=9,65).

41. táblázat. A jelenlegi védekezési módszer

<i>Fogamzás- gátló eszköz használat jelenleg</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztés t kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
kondom	288	67,1	173	60,3	n.s.	
fogamzás- gátló tabletta	204	47,6	186	64,8	<0,001	0,49 (0,36-0,67)
megszakított közösülés	85	19,8	39	13,6	<0,05	1,57 (1,04-2,37)
kémiai eszköz	14	3,3	1	0,3	<0,05	9,65 (1,26- 78,78)
hüvelygyűrű	5	1,2	2	3,9	n.s.	
fogamzás- gátló injekció	3	0,7	0	0	n.s.	
pesszárium	1	0,2	0	0	n.s.	
méhspirállal	2	0,5	7	2,4	n.s.	
természetes védekezés	6	1,4	3	1,0	n.s.	
egyéb	5	1,2	6	2,1	n.s.	
nem védekezik	0	0	1	0,3	n.s.	

A védekezés mellett a higiénia és a megfelelő szintű orvosi tájékoztatásra is szükség van, ezen felül egyes fogamzásgátló eszközöket csak az orvos írhat fel. Az alapvető szűrővizsgálatok, a személyes egészség megőrzése szempontjából kulcsfontosságúak, ám ezeken túl is szükségesek, hiszen aki nincs tudatában annak, hogy valamilyen nemi betegséget hordoz, az a partnerének is átadhatja az adott szexuális úton terjedő betegséget az együttlétek alkalmával. Alapvető preventív egészségügyi kérdés volt tehát, hogy milyen gyakran járnak nőgyógyász illetve urológus szakorvoshoz a vizsgálatban részt vevő személyek (42. táblázat).

Az orvoshoz fordulás azonos gyakoriságú volt a két csoportban, nem szignifikáns a különbség. Magas az aránya azoknak, akik még egyáltalán nem voltak vizsgálaton (37,7% és 40,9%), a többség csak a szükséges szűrővizsgálatokra jár (27,5% illetve 29,9%) vagy, ha valamilyen betegséget szerez (28,4% és 25,3%).

Akik úgy vélekednek, hogy nem megbízható az iskolai egészségfejlesztés, csak 3,9%-ban járnak rendszeresen nőgyógyászhoz/urológushoz, ellenben akik megbízhatónak tartották, már 6,4%-ban. Összességében sajnos még ez a szám is nagyon kevés, hiszen ha ezek a fiatalok valóban rendszeresen megjelenének, akkor jelentősen csökkenhetne a nemi úton terjedő betegségek prevalenciája társadalmi szinten is

42. táblázat. A nőgyógyászhoz/urológushoz járás gyakorisága

<i>Milyen gyakran jár nőgyógyászhoz/ urológushoz?</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztési megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztési kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>	
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>
még nem volt	159	37,70	115	40,90
csak a szükséges szűrő-vizsgálatokra jár	116	27,50	84	29,90
csak akkor megy el, ha valamilyen problémája adódik	120	28,40	71	25,30
rendszeresen jár	27	6,40	11	3,90

A következő táblázatban arról kaphatunk információt, hogy a két csoportnak milyen típusú felvilágosításokat tartottak az iskolájukban (43. táblázat). A válaszolók legnagyobb részének már tartottak valamilyen típusú felvilágosítást az iskolában kortárs egészségfejlesztők (95,6% és 91,3%), de az iskolai egészségfejlesztést megbízhatóbbnak tartók csoportjában szignifikánsan többen válaszolták azt, hogy volt kortárssegítő által tartott felvilágosító órájuk ( $p=0,028$ ,  $t=2,205$ ).

43. táblázat. Részesült kortárs egészségfejlesztő általi felvilágosításban.

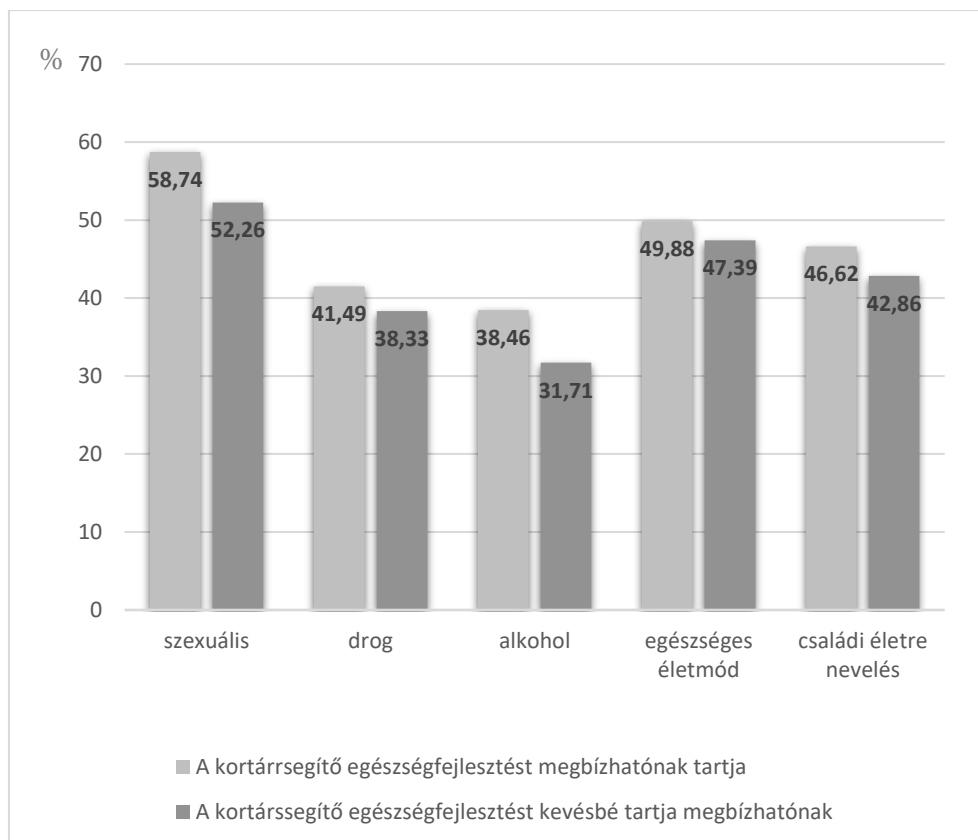
	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>t</i>
	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>		
kortárs felvilágosítás	95,6	0,206	91,3	0,282	<0,05	2,205

A következő táblázat azt mutatja, hogy milyen típusú kortárssegítő általi felvilágosításban részesültek a két csoport tagjai (44. táblázat) (91,4% és 86,4%) és drogrevenenciában (89,3% és 85,4%) részesültek. Ezt követte az alkohol prevencióról (64,8% és 65,2%), és az egészséges életmódra nevelésről (52,0% és 47,4%) szóló felvilágosítás. A családi életre nevelésben csak a résztvevők egyötöde részesült (19,6% és 19,2%). Szignifikánsan többen részesültek szexuális ( $p=0,042$ ,  $t=2,036$ ) és egyéb felvilágosításban ( $p=0,014$ ,  $t=2,453$ ).

44. táblázat. Felvilágosító óra típusa.

<i>Felvilágosítás típusa</i>	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p- érték</i>	<i>t</i>
	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>	<i>átlag</i>	<i>szórás</i>		
szexuális	91,38	0,281	86,41	0,343	<0,05	2,036
drog	89,28	0,309	85,37	0,354	n.s.	
alkohol	64,80	0,478	65,16	0,783	n.s.	
egészséges életmód	52,00	0,500	47,39	0,500	n.s.	
családi életre nevelés	19,58	0,397	19,16	0,394	n.s.	
egyéb	2,33	0,151	0,35	0,059	<0,05	2,453

A válaszadók több mint ötven százaléka szívesen hallgatott volna több szexuális felvilágosítást, de közel fele az egészséges életmódról és a családi életmódra nevelésről is (7. ábra). Több mint harmaduk szeretett volna még többen hallani a drog- és alkohol prevencióról.



7. ábra. A felvilágosítási típusok aránya, amelyekről többet szerettek volna hallani.

A felvilágosítással kapcsolatban több kérdést is feltettünk, hogy megtudjuk mennyire voltak elégedettek a kapott információkkal.

A válaszadók közel fele mondta minkét csoportban (45. táblázat) azt, hogy a felvilágosítások során a felmerült kérdéseikre megkapták a szükséges válaszokat (44,8% és 46,7%).

Paradox módon, akik a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartják, azok szignifikáns módon kevésbé tartották hasznosnak ( $p=0,005$ ,  $AOR=0,57$ ) és fontosnak ( $p=0,045$ ,  $AOR=0,58$ ) a felvilágosításokat, illetve igényelnének több felvilágosítást ( $p=0,021$ ,  $AOR=0,64$ ), mint azok, akik kevésbé tartják megbízhatónak.

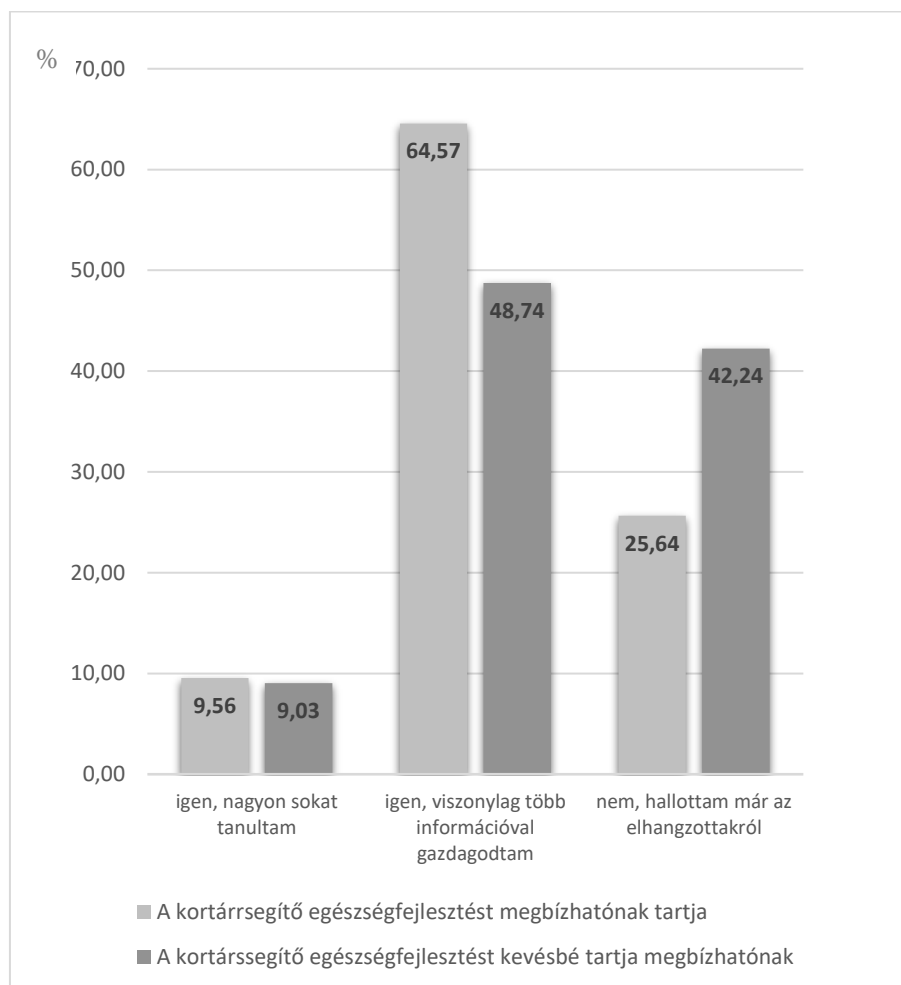
Egy külső személytől a válaszadók harmada szívesebben kérdezett, mint a saját tanárától.



45. táblázat. A felvilágosítás kapcsolatos kérdések

	<i>A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartja (N=429)</i>		<i>A kortárssegítő egészségfejlesztési kevesbé tartja megbízhatónak (N=287)</i>		<i>p-érték</i>	<i>OR (95% KI)</i>
	<i>n</i>	<i>%</i>	<i>n</i>	<i>%</i>		
felmerült kérdésekre választ kapott	190	44,8	128	46,7	n.s.	
hasznosnak tartotta a felvilágosítást	66	15,4	69	24,0	<0,05	0,57 (0,39-0,84)
fontosnak tartja a felvilágosítást	31	7,3	34	11,8	<0,05	0,58 (0,35-0,97)
külső személytől szívesebben kérdezett	135	31,5	89	31,0	n.s.	
több felvilágosításra van szükség	65	15,2	63	22,0	<0,05	0,64 (0,43-0,93)

A következő ábra azt mutatja, hogy bővült-e a két csoport tudása a felvilágosítások során (8. ábra. Tudásbővülés mértéke (százalékban))



8. ábra. Tudásbővülés mértéke (százalékban)

A két csoport véleménye szignifikánsan eltér egymástól ( $p=0,000$ ,  $t=-3,625$ ). A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók között többen mondták, hogy viszonylag több információval gazdagodtak, míg a másik csoportban többen mondták, hogy nem bővült a tudásuk.

## 2.6. Hipotézisek megválaszolása

A felvetett hipotéziseinkre az alábbi válaszokat kaptuk:

(1. hipotézis) Akik a kortárssegítők óráin elhangzottakat tartották megbízható információforrásnak, azok esetében feltételeztük, hogy ők tudatosabban védekeznek, valamint a későbbi időpontra tolódik az első közösülés időpontja is. Nem találtunk az első szexuális együttlét időpontjában szignifikáns különbséget a két csoport között, mindkét csoport esetében ez az életkor a 15 éves kor körüli időpontra tehető. Mindkét csoportban megtörtént már, hogy nem védekeztek egy szexuális együttlét során és a csoportok között nem találtunk szignifikáns különbséget. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(2. hipotézis) A HIV-fertőzés elterjedése óta világszerte a szexuális úton terjedő betegségek megelőzéseként és fogamzásgátlási módszerként az óvszert, mint megbízható módszert használták a fiatalok. Hipotézisünkben szintén azt feltételeztük, hogy a szegedi vizsgálati populációban is a legkedveltebb, legbiztonságosabb fogamzásgátló módszerként az óvszert jelölik meg. Feltételezésünk nem igazolódott, a vizsgálat első szakaszában résztvevők ezzel ellentétben egy elavult, korántsem megfelelő védekezési módszert tartottak a legbiztonságosabbnak: a megszakított közösülést. A kutatás második fázisában, amelyben az egészségneveléssel kapcsolatos vélemények alapján képeztünk vizsgálati csoportokat, a fogamzásgátlási módszerek használatában feltételezésünk megerősítést nyert, ugyanis azok a fiatalok, akik attól függetlenül, hogy hogyan ítélték meg az egészségfejlesztési munkát, az első helyen az óvszert (83,7% és 65,9%) tartják a szexuális úton terjedő betegségekkel szemben megbízható módszernek. Szignifikánsan többen gondolják úgy a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók ( $p=0,000$ ), hogy az óvszer a legbiztosabb módszer nemi betegségekkel szemben. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(3. hipotézis) Vizsgálatunk elején feltételeztük, hogy az egészségnevelők által a HIV-fertőzésről közvetített ismereteket a tanulók maradéktalanul elsajátították. Hipotézisünk felállításában az is közrejátszott, hogy a HIV-fertőzés a média középpontjában is áll, több forrásból kaphattak megfelelő információt, és így együttesen a fiatalok releváns tudással bírnak. Bár a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatóbbnak tartók csoportja jobban ismeri a HIV-fertőzés terjedési módját, de a várakozásunkkal ellentétben mindkét csoport súlyos hiányosságokat jelzett a válaszaiban, olyan téves ismeretek birtokában vannak, ami akár veszélyeztetheti a jövőbeli egészségüket. Így például nem voltak

tisztában a HIV-fertőzés terjedési módjaival, továbbá nem tudtak a droghasználók tucuserjének a jelentőségéről. Elgondolkodtató, hogy a felvilágosító munka megbízhatóságát hangsúlyozó hallgatók körében is olyan téves elképzelések éltek, miszerint az uszoda vize is terjesztheti az AIDS betegséget (8,9% és 16,0%). Az általunk feltárt hallgatók körében nagy számban előforduló hiányos ismeretekből származó problémának külön aktualitást ad, hogy az HIV-fertőzöttek száma ismét emelkedni kezdett. Ennek oka lehet, hogy kialakult a fiatalokban egy téves biztonságérzet, miszerint a tudásuk a nemi betegségekről és a fogantatásról oly mérvű, hogy nem kell ezektől félniük. Hazánkban az elmúlt két évben mind a férfiak, mind a nők körében eddig nem tapasztalt módon emelkedett az új HIV-fertőzöttek száma (9. ábra).

Év	Férfi	Nő	Ismeretlen	Összesen
<b>1985-2009</b>	1343	224	204	1771
<b>2010</b>	142	9	31	182
<b>2011</b>	122	12	28	162
<b>2012</b>	186	14	19	219
<b>2013</b>	191	17	32	240
<b>2014</b>	213	20	38	271
<b>2015</b>	196	26	49	271
<b>Összesen</b>	<b>2393</b>	<b>322</b>	<b>401</b>	<b>3116</b>

9. ábra. A regisztrált HIV-fertőzöttek nemi aránya a verifikálás éve szerint (OEK Járványügyi osztály, 2016)

Az Országos Epidemiológiai Központ a 2015 decemberében kiadott adatai és nyilatkozata erre a nem kívánt tendenciára külön is felhívta a figyelmet. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(4. hipotézis) Hipotézisünk volt - a külföldi eredmények és a Kortárs Segítő Műhely Alapítvány 2011-es adatai alapján -, hogy a legfontosabb információforrás a fiatalok esetében, akikhez segítségért és információért fordulhatnak, a kortárssegítő. feltételeztük,. Amíg a Kortárs Segítő Műhely Alapítvány esetében az általuk vizsgált populációban közel 63% volt (*Kortárs Segítő Műhely Alapítvány*, 2011), addig a mi eredményeink alapján az első fázisban a szexuális élettel kapcsolatos elsődleges információforrás a megkérdezettek esetében a család volt mindkét csoport esetében. Csak második helyen jelölték meg az iskolai kortárssegítést, mint releváns ismeretátadót. A második fázisban a szexuális egészségre vonatkozó elsődleges információforrásnak a kortárssegítő egészségfejlesztőket jelölték meg első helyen nagyon fontos forrásnak (54,8%). Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(5. hipotézis) Feltételezéseink szerint a fiatalok jól ismerik a megbízható fogamzásgátló módszereket. Jól ismerve a demográfiai adatokat, miszerint a fiatal populáció biológiai érettsége előbbre, míg a házasságkötés időpontja pedig időben a korábbi évekhez képest későbbre, a húszas évek végére, a harmincas évek elejére tolódott. Az az időszak, amely során még nem terveznek gyermeket a fiatalok, jelentősen meghosszabbodott: így a nem kívánt terhesség megelőzése jelentős tényezővé vált a magyar fiatalok szexuális viselkedésében is. A szexuális egészségnevelés irányelvei között kiemelt helyen áll a nem kívánt terhességek és a fertőzések elleni védekezésre vonatkozó ismeretátadás. Az általunk kapott eredmények: a megbízható fogamzásgátlók elterjedése emelkedett a fiatalok körében mind a kockázatvállalók, mind a monogám kapcsolatban élők esetében. Az eredményeink is megerősítik a *Kozinszky és munkatársai* (2001) által igazoltakat, miszerint az iskolai egészségfejlesztés és a média által nyújtott szexuális nevelés következtében egyre inkább lehetőségük van kitolni a gyermekvállalás időszakát. A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak és kevésbé megbízhatónak tartók csoportjában a fogamzásgátló tabletta (85,8% és 91,6%) szerepel az első helyen, mint megbízható fogamzásgátló eszköz és ezt követi az óvszer. Ez a hipotézisünk megerősítést nyert.

(6. hipotézis) Feltételezésünk, miszerint a fiatalok számára is a monogám kapcsolat a legkívánatosabb forma, és minden ezzel ellentétes viselkedési formát elutasítanak, igazolódott, hiszen az elutasított viselkedésformák között második helyen szerepelt a megcsalás, azaz kilépés a monogám kapcsolatból. A fiatalok számára is a monogám kapcsolat a legkívánatosabb forma (56,3% és 61,0%). A monogámiával ellentétes viselkedési formát (például poligámia, megcsalás, stb.) kevésbé tartják elfogadhatónak és konzervatívabbak a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók. Eredményeink összecsengenek *Györffy Zsuzsa és munkatársai* (2013) által publikált kutatási eredményekkel, amelyek szerint a mai magyar fiatalok többsége számára a monogám kapcsolat a

legelfogadottabb, illetve legkíváncsiabb párkapcsolati forma. Bár a szerzők markáns nemi különbségről számolnak be, azaz a nők inkább érzik úgy, hogy a házasság mélyebb elköteleződést jelent. A mi kutatásainkban – ezzel ellentétben – egyik fázisban sem találtunk eltéréseket a nemek között. Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott.

(7. hipotézis) Hipotézisünkben ismerte a magyarországi egészségműveltség alacsony voltát, valamint az iskolai reprodukív egészségnevelés hiányosságait, feltételeztük, hogy az iskolai egészségnevelés hatékonysága gyenge. Ez igazolást is nyert, mivel a megkérdezett hallgatók – függetlenül szexuális magatartási jellemzőjüktől – a HIV-vel kapcsolatos ismeretei súlyos hiányosságokat mutattak. Tudásuk szerény volt a többi STI-vel kapcsolatban is. A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók – több szexuális úton terjedő betegség esetén szignifikánsan – jobban ismerik a szexuális úton terjedő betegségeket. Mindkét csoportban a legismertebb a HIV-fertőzés (100,0% és 99,7%). Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott.

(8. hipotézis) Hipotéziseink között szerepelt, hogy akik a kortárssegítő reprodukív egészségnevelést megbízhatónak ítélték meg, később kezdik a nemi életet. Feltételezésünk alapját az adta, hogy a kutatás első fázisában bebizonyosodott: a szexuális kockázatvállalók szignifikánsan (1 évvel) hamarabb kezdik meg a szexuális életüket. Azonban az első nemi közösülés időpontja azon fiatalok esetében, akik a kortárssegítő reprodukív egészségnevelést megbízhatónak ítélték meg, feltételezésünkkel ellentétben nem tolódott későbbre azokhoz képest, akik a kortárssegítő reprodukív egészségnevelést nem megbízhatónak ítélték meg. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(9. hipotézis) Hipotézisünk volt, hogy azok a fiatalok, akik a reprodukív egészségnevelést kevésbé megbízhatónak ítélték meg, szabadosabb szexuális életet élnek, azaz több partneri kapcsolattal bírnak, részt vesznek a csoportszexben. A kutatásunk első fázisában megismert eredmények alapján, a szexuális kockázatvállalóknak szignifikánsan ( $p=0,000$ ) több szexuális partnerük volt egész életük során, szignifikáns módon ( $p=0,000$ ) kevesebb alkalommal éltek nemi életet. A második fázisban feltártak alapján a kortárssegítő egészségfejlesztést kevésbé megbízhatónak tartók nagyobb arányban vettek részt csoportos szexben ( $p=0,04$ ) és az eddigi életük során szignifikánsan több partnerük volt ( $p=0,001$ ). Az eredmények alapján hipotézisünk beigazolódott.

(10. hipotézis) Feltételeztük, hogy a városi életforma növeli a kockázatos viselkedést. Az általunk vizsgált populáció tagjai az ország különböző részeiből érkeztek egyetemi városunkba. A kutatás első fázisának eredményei alapján megállapíthatjuk, hogy a városi életforma várakozásunkkal ellentétben nem növelte a kockázatos szexuális viselkedés esélyét. Nincs különbség a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak és kevésbé megbízhatónak tartók csoportja között sem ebben a kérdésben. Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást.

(11. hipotézis) Több kutatás eredménye alapján (*Zonda és Paksi, 2006*) feltételeztük, hogy a vallásosság jelentősen befolyásolja az egészségmagatartást, és protektív szerepet játszhat a testi-lelki egészség alakulásában, éppen ezért úgy véltük, hogy a szexuális kockázatvállaló viselkedés esetében is visszatartó erővel bír. Eredményeink alapján a vallásosság nem befolyásolja a szexuális kockázatvállaló viselkedést ( $p=0,051$ ). A kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók között többen vannak a vallásosak ( $p=0,046$ ). A kapott eredmények ellentmondtak a feltételezésünknek.

(12. hipotézis) Hipotézisünkben feltételeztük, hogy a fiatalok, akik megbízható forrásnak tartják a kortárssegítőket, jobban elutasítják a művi abortuszt, mint családtervezési eszközt. A reprodukív egészség sarkalatos kérdése a művi abortusz, amelynek megelőzése minden egészségfejlesztői munka egyik legfőbb célja. Az első kutatási fázisban a szexuális kockázatvállalók körében szignifikánsan több személynek volt már abortusza (16,0%), az állandó partnerrel rendelkezőkkel szemben (6,9%). A második kutatási fázisban a kortárssegítő egészségfejlesztést megbízhatónak tartók között szignifikánsak ( $p=0,007$ ) kevesebbnek volt művi abortusza (1,2%), szemben a kevésbé megbízhatónak vélőkkel szemben (4,9%). Egy korábbi klinikai felmérés alapján ez várható volt, hiszen kimutatott tény, hogy az egészségfejlesztő programban való részvétel, illetve az iskolázottság szintje jelentősen csökkenti a művi abortusz számát (*Kozinszky, Sikovanyecz, Devosa és mtsai, 2012*). Az eredmények alapján azonban a két csoport azonos mértékben ért egyet a terhesség-megszakítással (23,3% és 23,7%). Az eredmények alapján hipotézisünk nem nyert igazolást (46. táblázat).

46. táblázat. Hipotézisek beigazolódnása – összefoglaló táblázat

Hipotézisek	Beigazolódnott?
<b>1. hipotézis</b> Későbbi időpontra tolódik az első szexuális együttlét időpontja azoknál, akik kaptak szexuális felvilágosítást.	hipotézisünk nem nyert igazolást
<b>2. hipotézis</b> A fiatalok legkedveltebb fogamzásgátló módszere az óvszer.	hipotézisünk nem nyert igazolást
<b>3. hipotézis</b> Korunk legsúlyosabb STI-ről, azaz a HIV-fertőzésről gazdag információ jut el a fiatalokhoz, amely tudásukban is tükröződik.	hipotézisünk nem nyert igazolást
<b>4. hipotézis</b> A kortárssegítőket tartják a legmegbízhatóbb információforrásnak.	hipotézisünk nem nyert igazolást
<b>5. hipotézis</b> A megbízható fogamzásgátlók elterjedése emelkedett a fiatalok körében.	<i>a hipotézis beigazolódnott</i>
<b>6. hipotézis</b> A fiatalok számára is a monogám kapcsolat a legkívánatosabb forma, és minden ezzel ellentétes viselkedési formát elutasítanak.	<i>a hipotézis beigazolódnott</i>
<b>7. hipotézis</b> Az iskolai keretek között folytatott reprodukív egészségnevelés hatékonysága alacsony.	<i>a hipotézis beigazolódnott</i>
<b>8. hipotézis</b> Akik a kortárssegítő reprodukív egészségnevelést megbízhatónak ítélték meg, később kezdik a nemi életet.	hipotézisünk nem nyert igazolást
<b>9. hipotézis</b> A szabados nemi élet elterjedtebb azon fiatalok körében, akik kevésbé tartják megbízható forrásnak a kortárssegítő reprodukív egészségfejlesztő tevékenységet	<i>a hipotézis beigazolódnott</i>
<b>10. hipotézis</b> A városi életforma növeli a kockázatos szexuális viselkedés esélyét.	hipotézisünk nem nyert igazolást
<b>11. hipotézis</b> A vallásosság a szexuális kockázatvállaló viselkedés esetében is visszatartó erővel bír.	hipotézisünk nem nyert igazolást
<b>12. hipotézis</b> Feltételezzük, hogy a fiatalok, akik megbízható forrásnak tartják a kortárssegítőket, jobban elutasítják a művi abortuszt, mint családtervezési eszközt.	<i>a hipotézis beigazolódnott</i>



Az eredmények egyértelművé teszik, hogy a hazai kortárssegítők felkészültsége vagy a fiatalokkal történő találkozás módja (egy-egy tanóra iskolai keretek között) nem teszi lehetővé a hatékony kortárssegítő egészségnevelő munkát hazánkban. A lehetőségek közül a Neumann János Egyetem Pedagógusképző Karán egy új, többgenerációs egészségfejlesztő program kidolgozása mellett döntöttünk, mely mind a hallgatóra magára, mind pedig az általa oktatott, nevelt gyerekekre mérhető hatást gyakorol, mind tudásuk, mind az attitűdjük tekintetében.

### 3. A saját fejlesztésű „Ariadné” három generációs egészségfejlesztő program bemutatása

A fejezetben a az általam kifejlesztett és a Neumann János Egyetemen bevezetésre kerülő „Ariadné” egészségfejlesztő program kerül bemutatásra, mely reményeink szerint a már most végző hallgatók egészségműveltségében jelentős változást hoz.

#### 3.1. Bevezetés

Az egészségműveltség, az egészségmagatartás az a terület, amely az elmúlt néhány esztendőben számos országban kitüntetett figyelmet kapott a politikában és a kutatás területén egyaránt. Mint a műveltség más formái, az egészséggel kapcsolatos információk megközelítésére, megértésére, felbecsülésére és kommunikálására való készségek is legjobban az iskoláztatás éve alatt fejlődnek (Nagy és Barabás, 2011). Az egészségnevelési tantervek ugyan ajánlanak egy megközelítést az egészségműveltség és egészségmagatartás fejlesztésére, de ennek még kevésbé ismert a hatása a tanulókra (Wharf Higgins és mtsai, 2009), azonban már ismert tény, hogy az iskolai egészségnevelési beavatkozások növelhetik az egészségműveltséget, és hathatnak az egészségmagatartásra (Deaton, 2002). Mivel tanulók egészségműveltség fejlettségi szintjében bekövetkező változás fokozza az érdeklődésüket az egészségterület iránt, könnyebben megérthetik az egészségügyi tananyagokat, és motiváltakká válhatnak arra, hogy egészségük fenntartása érdekében azt csinálják, amit tanultak. Természetesen az iskolán kívül számos más szociális és környezeti faktor is determinálja az egészség megértését, a műveltséget és a magatartást (Raphael, 2006). Emellett a természettudományos nevelés nyilvánvaló lehetőséget nyújt az egészségműveltséghez köthető oktatási és nevelési programok illetve tartalmak megvalósításához. Ezt segítheti a természettudományos neveléshez kapcsolódó tanterv és az egészségműveltség program (Nielsen-Bohlman és mtsai, 2004), mellyel megvalósulhatna az pedagógiai célkitűzés is, hogy a fiatalok már az iskolában megtanulnák az egészség értékét és az egészséges életmód alapjait (Simon, 2006b)

Figyelembe kell venni azt is, hogy a kulturális egészséggel kapcsolatos meggyőződések hatással vannak arra, hogyan gondolkodnak az emberek az egészségükről és az egészségügyi problémáikról, mikor és kitől kérnek egészségvédelemmel kapcsolatos információt (Devosa, Kozinszky, Vanya és mtsai, 2016) hogyan válaszolnak az életstílus-váltási javaslatokra, az egészségmegőrző beavatkozásokra és a kezelés betartására (Vanya és Devosa, 2016). A kulturális, a szociális és a családi hatások alakítják ki az attitűdöket, a

meggyőződéseket, és következésképpen befolyásolják az egészségműveltséget (Nielsen-Bohlman és mtsai, 2004).

Az egészségműveltség mérésének az iskolai kontextusban több nehézsége is van:

- a fogalmi keretek kidolgozása, illesztése a fogalmak definícióihoz, modelljeihez;
- az egészségnevelési standardoknak kapcsolódniuk kell a központi tantervekhez, vizsgakövetelményekhez;
- nem könnyű a követelmények teljesítését jelző indikátorok megválasztása;
- a mérendő terület sokrétűsége nehezíti teszi a mérés módszereinek, eszközeinek megválasztását, kifejlesztését.
- 

Első lépésként a külföldi minták átültethetők a hazai viszonyokra: az egészségműveltség, az egészségmagatartás elemeit és a központi tanterveink egészségterülettel kapcsolatos követelményeit, valamint a kétszintű érettségi vizsgák részletes követelményeit és a forgalomban lévő tankönyveket figyelembe véve kidolgozhatók az évfolyamokra lebontott egészségnevelési standardok, teljesítményindikátorok és az azokat lefedő, a teljesítmény értékelésére és a fejlődés követésére alkalmas mérőeszközök. Érdemes figyelembe venni a hatékony egészségnevelési tantervek jellemzőit, például a *Characteristics of an Effective Health Education Curriculum (Centers for Disease Control and Prevention, 2013)* elveit, és ezek alapján korrigálni, kiegészíteni a meglévő központi tanterveinket is. Ezzel megtehetnénk az első lépéseket a komprehenzív egészségfejlesztő programok kifejlesztésének irányába. Az elméleti keretrendszer elkészítéséhez alapul szolgálhatnak még az egészségfejlesztés nemzetközi- és nemzeti dokumentumai, például a Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia, a Nemzeti Egészségfejlesztési Program, azok elemzései (Meleg, 2000a; Székely, 2000), a rájuk épülő, az egészség fejlesztését segítő módszertani füzetek, és nem utolsósorban az iskolai egészségnevelés feladatainak újrafogalmazásával, az egészségprogramok kidolgozásával foglalkozó írások (Meleg, 1997, 1999, 2000b, 2002; Németh Miklósné, 2004).

A kapott eredmények megértéhez fontos háttér paraméterei a „Magyar lelkiállapot 2013” (Susánszky és Szántó, 2013) kutatásból ismerhetők meg:

A megkérdezett 18 és 35 év közötti fiatalok egyharmada házasságban élt, harminc százalékuknak pedig már volt gyereke. A magyar fiatalok házasságpártiak, mindössze 10 százalékuk gondolja idejétmúltnak az intézményt. A nőknek kétszer olyan fontos a házasság, mint a férfiaknak, de arról is eltérően gondolkodnak, hogy mitől működik jól. Azt tapasztaltuk, hogy viselkedésük mégis ezzel ellentétes. Az elképzeléseik és a magatartásuk között különbséget találunk: vágyaikban a felelősségteljes monogám kapcsolat jelenik meg, de nem ezt valósítják meg. A nők szerint a legfontosabb a hűség és a szerelem, míg a férfiak úgy gondolják, hogy a jól működő frigy fontos része a biztos jövedelem és

a biztos munkahely is. Az emberek többsége valamiféle elégedettséget, egyfajta csodás dolgot remél a házasságtól és a gyerekvállalástól. A magyar fiatalok gyerekpártiak, tradíciókövetők, ez abban is megnyilvánul, ahogyan a hagyományos női és férfi szerepekről gondolkodnak. A gyereknevelés és a háztartás vezetése mindkét nem szerint a nők dolga. A fiatalok szerint az első gyermek születése még a szülők 30 éves kora előtt ideális, ekkor még nem anyagi tényezők játszanak szerepet a gyerekvállalásban, hanem, hogy milyen jó a párkapcsolatuk. A második és a harmadik gyermek születése előtt viszont már az anyagi helyzetük az egyik legfontosabb befolyásoló tényező. A fentiek egybeesnek a Szegedi Tudományegyetemen folytatott kutatás eredményeivel (Devosa, Kozinszky, Vanya és mtsai, 2016).

A családi életre nevelés nem-formális volta, illetve a hatékonyabb szexuális egészségfejlesztés hozzájárulhatna, hogy a fiatalok elérjék a kitűzött terveiket a családalapítás területén, így a továbblépés feladatai között szerepel, hogy növelni kell az egészségfejlesztő kortársoktatók számát. Ennek egyik útja az egészségfejlesztő egyetem, amelynek céljai között szerepel, hogy a hallgatói a laikus lakosság körében (Devosa, 2011), illetve iskolai keretek között végezzenek egészségfejlesztő tevékenységet, akár szakkör keretében is hatékonyan tudjanak tevékenykedni (Tamásné és Simon, 2011).

A fentiek ismeretében alkotta meg a Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Karának (volt Kecskeméti Főiskola, Tanítóképző Főiskolai Kar) Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoportja az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő programot, mely elemeiben építkezik a Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézetének programjára, illetve a Semmelweis Orvostudományi Egyetem és az Eduvital által kidolgozott TANTU(d)SZ programra, ám kimondottan az óvópedagógiai és tanítói végzettségű fiatalok számára készült.

### ***3.1.1. Az Szegedi Tudományegyetemen 2013-ban megvalósult projekt.***

Az, hogy Magyarországon a magas szintű prevenciós tevékenység mennyire nem csak teoretikusan létezik, arra – többek között – bizonyíték a Szegedi Tudományegyetem Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézetében hosszú ideje folyó kortárssegítő-képzés keretében folytatott oktatói munka. Dr. Barabás Katalin és Dr. Pócs Dávid gondozásában született meg az a fajta modern kortárssegítő képzési metodika, amely felhasználta a kutatásomban ismertetett eredményeket is. Fontos volt, hogy olyan, kifejezetten orvostanhallgatókat célzó képzési modell valósuljon meg, amelyben teljesülnek a már korábban megfogalmazott követelmények:

- költséghatékonyság,
- hitelesség,
- hatékonyság,
- szerepmodellezés,
- elfogadhatóság,
- megerősítés.

Ezek alapján véleményünk szerint a medikus hallgatók számára leginkább megfelelő képzési módszer tömören összefoglalva a következő:

- A kortárssegítő-jelöltek előadásokon vesznek részt, ahol elsajátítják az oktatandó anyaggal kapcsolatos elméleti ismereteket.
- A következő lépésben módszertani felkészítés zajlik, ahol a kortárssegítő-jelöltek a kortársak oktatásához szükséges kompetenciákat fejlesztik.
- A két – fő elméleti – mérföldkő teljesítése után idősebb orvostanhallgató kortárssegítők mentorálják a fiatal kortárssegítő-jelölteket közvetlen, személyes kapcsolatot fenntartva velük, illetve hospitálási lehetőséget biztosítva számukra.
- Utolsó lépésként – mintegy vizsgának is felfoghatóan – a felkészített kortárssegítő-jelöltek bemutató előadást tartanak a leendő témájukból az egész csoport előtt. Itt jelen vannak az intézet oktatói, a mentorok és természetesen a többi kortárssegítő-jelölt hallgató. Az előadás végeztével kritikai észrevételeket fogalmaznak meg a jelenlévők.

Amennyiben a próbatanításon sikerrel teljesített a kortárssegítő-jelölt, megnyílik előtte a lehetőség, hogy részt vegyen a kortársak egészségfejlesztésében, melyről folyamatos visszajelzést vár a Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar Magatartástudományi Intézet (3. melléklet). Ezek a visszajelzések, jelentések kiemelt fontossággal bírnak, ugyanis ebből lehet következtetni a kortárssegítő munka során tapasztalt pozitív és negatív tényezőkre, melyekre a kortárssegítők képzése során reagálni kell (Simon és Molnárné, 2000).

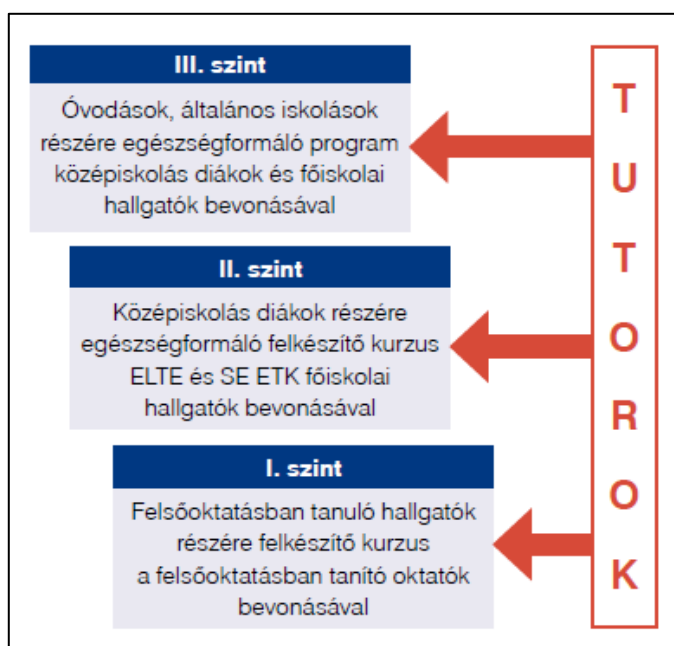
### **3.1.2. A TANTU(d)SZ, 2015-ben induló Eduvital projekt**

A Semmelweis Egyetem és ez Eduvital csoport által kidolgozott TANTU(d)SZ, project 2015 márciusában indult (Feith, Melicher és Falus, 2015), mely koncepciójában a következőket fogalmazta meg:

- „helyes irányba formálni az ifjúság életmódját, egészségmagatartását, életkoruknak megfelelő, sajátos, a fiatalok számára élvezhető és befogadható „oktatási” módszerekkel, mellőzve a kis hatékonyságú elméleti előadásokat” (Feith, Melicher és Falus, 2015);

- „köz- és felsőoktatási intézményekhez kötött korosztályok közötti interakció, valamint a nagyobbak, kisebbek iránti felelősségvállalásának megteremtése/megerősítése” (Feith, Melicher és Falus, 2015);
- „a felsőoktatási intézmények felsőbb évfolyamain tanuló, leendő egészségügyi szakemberek és pedagógusok számára valódi területi gyakorlat biztosítása” (Feith, Melicher és Falus, 2015);
- „élő párbeszéd és együttműködés kialakítása az egészségügyi és a pedagógusképző felsőoktatási intézmények között” (Feith, Melicher és Falus, 2015);
- „a jelen és a jövő egészségügyben dolgozó szakemberei és az oktatás széles spektrumán dolgozó jelenlegi és jövőbeli szakemberek közötti „hidak” építése” (Feith, Melicher és Falus, 2015);
- „egészségvédelmi és pedagógiai szempontokból is értékes és társadalmilag hasznos lehetőség megteremtése az érettségi követelményeként számon tartott iskolai közösségi szolgálat területén, a 9–11. évfolyamon tanuló középiskolai diákok számára;” (Feith, Melicher és Falus, 2015)
- „a program eredményeképpen kreatív, innovatív, korosztály-specifikus egészségnevelési technikák és „oktatási” módszerek, módszertani ajánlások kidolgozása.” (Feith, Melicher és Falus, 2015).

A fentiekből látható, hogy a program megalkotói igen széles kört kívánnak megszólítani, ehhez dolgozták ki a program háromrétegű szerkezetét, mely lefedi az óvodás kortól a diplomáig terjedő életszakaszokat (10. ábra).



10. ábra. A komplex egészségnevelési program három egymásra épülő szintje (Feith, Melicher és Falus, 2015)

A koncepció alapján egymást tanítják a különböző korcsoportok tagjai, így a felsőoktatásban részt vevő hallgatók választható tantárgy keretein belül sajátíthatják el a szükséges tudást, aminek felhasználásával a középiskolás diákoknak tudnak – tutori segítséggel – egészségnevelő foglalkozásokat szervezni. Az óvodás korú gyermekek egészségnevelését a középiskolás tanulók és felsőoktatásban hallgatók együtt végzik, itt is erősítve a hatást a rejtett kurrikulum és a szerepmódel megjelenésével. A Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Karon az általam előadott „Egészségtan” tantárgy keretein belül, már 2015 óta használjuk a hallgatókkal Prof. Dr. Falus András – Dr. Melicher Dóra: „Sokszínű Egészség Tudatosság” című tankönyvét, így a hallgatóim már most – az Ariadné program indulása előtt – betekintést nyerhetnek a modern egészségfejlesztési elvekbe.

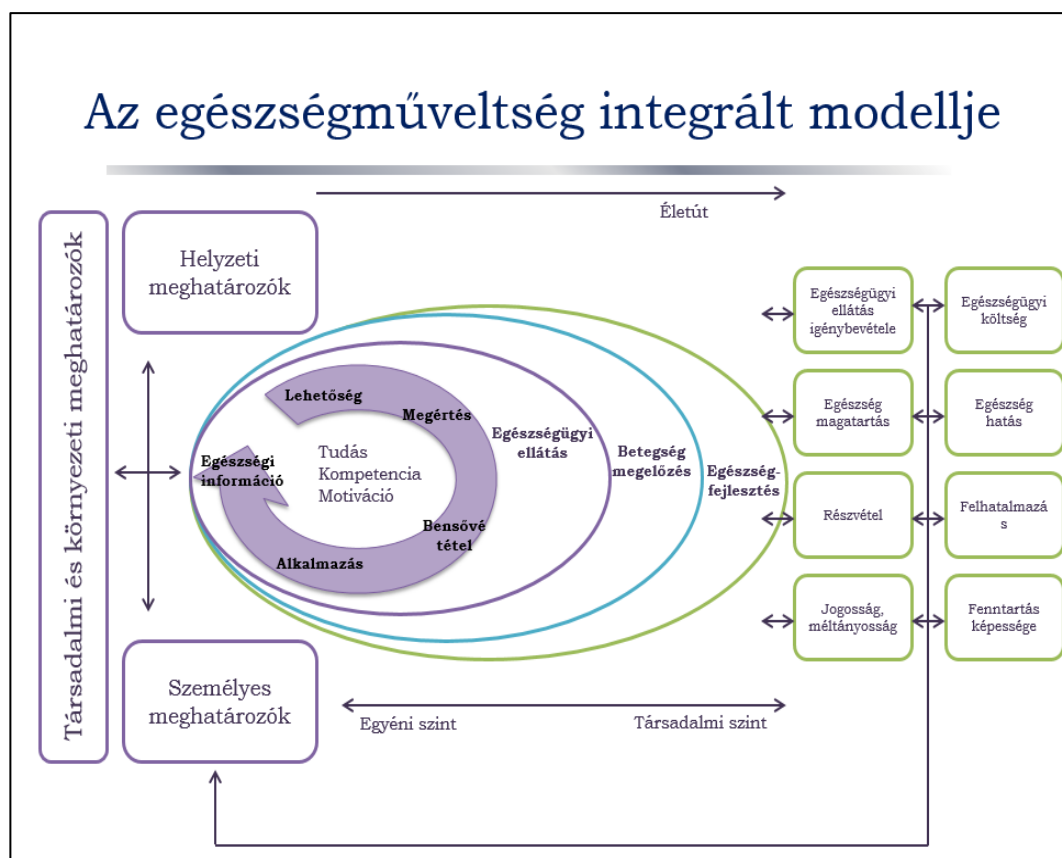
### **3.2. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program céljai**

Az Ariadné egészségnevelő program elsősorban abban tér el az előbb bemutatottaktól, hogy a Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Karának (volt Pallasz Athéné Egyetem és volt Kecskeméti Főiskola, Tanítóképző Főiskolai Kar) Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoportja a kar pedagógus hallgatóira dolgoztuk ki. Ez a tény több szempontból is determinálta a program felépítését, hiszen építhetünk a fiatalok pedagógiai szakmai tudására, illetve arra, hogy olyan fogékony gyerekeket fognak tanítani, nevelni, akikben egész életre kiható, mélyreható változásokat tudnak elérni, ezen felül akik viselkedésükkel hatnak környezetük további tagjaira is. Mindemellett hátrány, hogy egészségügyi ismereteik szignifikánsabban gyengébbek, mint egy egészségtudománnyal foglalkozó szakembernek vagy hallgatónak.

A három generációs egészségnevelő program direkt célcsoportja kettős:

- maguk a hallgatók, mint változásra nyitott fiatal felnőttek;
- az óvodapedagógusok és a tanítók által oktatott és nevelt gyermekek;
- illetve az indirekt elérendő célcsoport:
- az egészségnevelésben és -fejlesztésben részesült gyermekek családja, környezete (Devosa, 2016b).

Így megvalósul a *Sørensen és mtsai* (2012) egészségműveltség integrációs modelljében célként meghatározott tudás, kompetencia, motiváció hármasa, mely az egyén viselkedését egész életútján keresztül meghatározza. A kurrikulum felépítése, mely a tantárgyakba épülve átadott tudástól az egyéni megtapasztalásig terjed, alakítja ki a „lehetőség, megértés, bensővé tétel, alkalmazás, egészség információ” útját (11. ábra). *Csizmadia* (2016) rámutat, hogy az egészségműveltség közvetlenül függ a tapasztaltoktól és a kognitív és pszichoszociális fejlettségtől.



11. ábra. Az egészségműveltség integrált modellje (Sørensen és mtsai, 2012)

Az előzőeken túl cél, a már működő kortárssegítő-jelölt képzés dinamikus felfejlesztése (Devosa, 2013), illetve a kortárssegítő-jelölt fiatalok szociálpedagógiai képzésének erősítése (Devosa, 2016a). Mindezek alapján vélelmezhető, hogy egyre több egyetemi hallgató csatlakozik a kortárssegítők táborához, így a fiatalok egészségi állapota össztársadalmi szinten javulást fog mutatni a későbbiekben; illetve kialakítható lesz az a XXI. századi igényeknek megfelelő egészségfejlesztési ismeretekkel bíró fiatalokból álló csapat, akikre érvényesek a modern egészségfejlesztő szakember jellemzői (Simon és Székely, 2010):

- „filozófiai elkötelezettségű szakértő,
- specializálódott egészségügyi szakember,
- humánus, segítő beállítottságú pártfogó,
- kezdeményező készségű szervező,
- képes a paradigmaváltásra az egészségnevelő munkában,
- képes a közösségi egészségnevelő feladatait betölteni.”

(Simon és Székely, 2010)

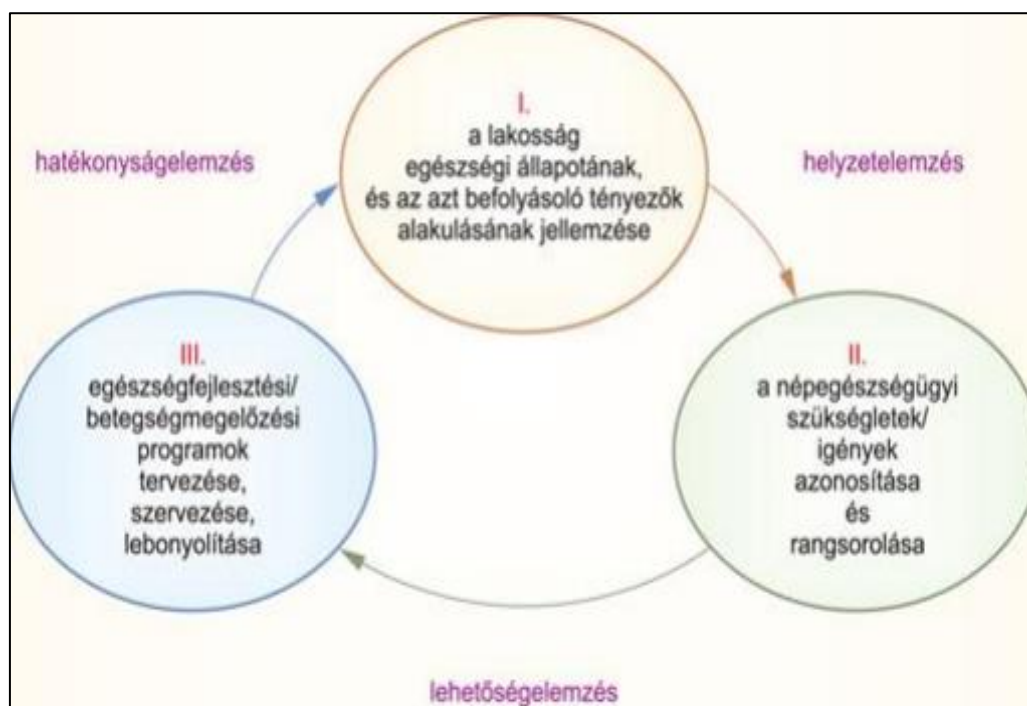


### 3.2.1. A program reprodukzív egészségfejlesztésre kidolgozandó kurrikulumának tervezete

A hallgatói kurrikulum kidolgozása outcome-orientált szemlélettel valósul meg, melynek célja, hogy olyan fiatal pedagógusok kerüljenek ki iskolánkból, akik magabiztos tudással és szemlélettel rendelkeznek az egészségfejlesztés témakörében, így a legvulnerábilisebb szexuális egészségfejlesztés területén is.

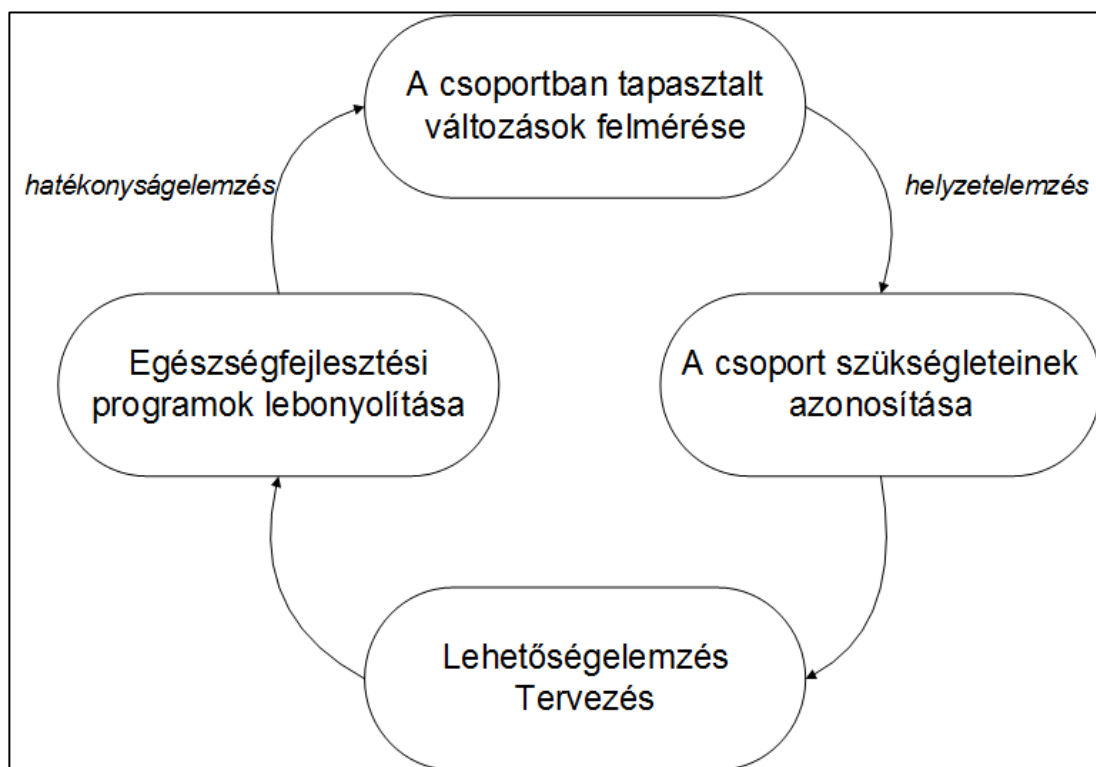
Az elvárt output része, hogy a nálunk végzett fiatal pedagógusok bátrabban valósítsák meg a NAT-ben foglaltakat, miszerint a gyermekek már egészen kicsi koruktól kezdve hallanak a megfelelő szexuális viselkedésről.

A WHO 2010-es „Az európai szexuális nevelés irányelvei” címet viselő kölni kiadványa szerint (Szilágyi, 2011) már 4 éves kor alatt is el kell kezdeni a szexuális nevelést, így az óvopedagógus hallgatók ilyen irányú felkészítése is kiemelt fontossággal bír. A kialakításnál alapul vettük Ádány Róza (2011) „népegészségügyi ciklus”-ának lépéseit, mely alapján, a program egyes elemeinek kialakítása, a változó igényekhez és az új népegészségügyi helyzethez történő átalakítása (12. ábra) megtörténhet.



12. ábra. „A népegészségügyi ciklus” (Ádány, 2011)

A „népegészségügyi ciklus” elvének implementálása az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Programba: (13. ábra):



13. ábra. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program ciklusa

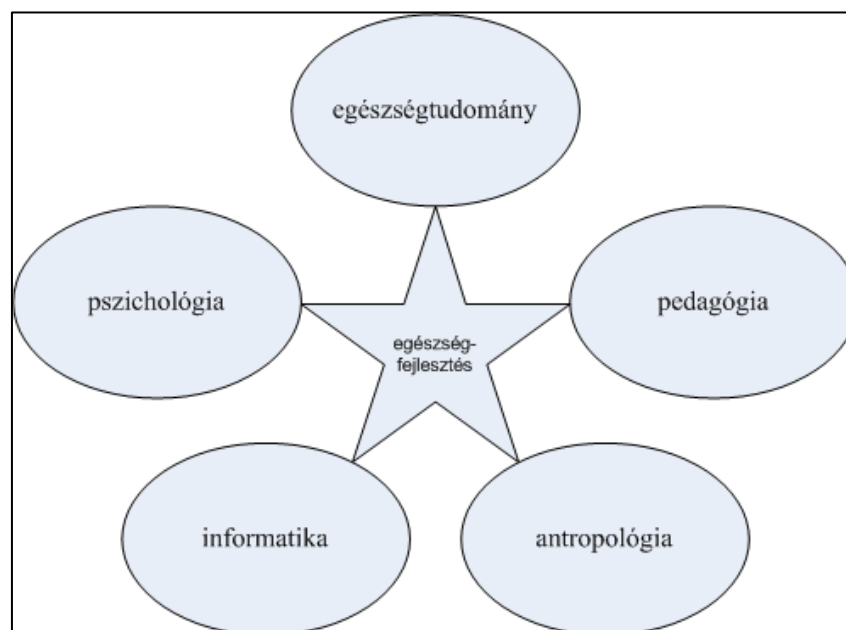
### ***3.2.2. A szexuális egészségfejlesztés kurrikulumában megvalósítandó kurzusok***

A fentiekből adódóan a következő kurzusokat tervezzük megvalósítani, illetve a már meglévőkbe integrálódni (14. ábra):

- pedagógia (már több létező kurzus a karon),
- pszichológia (már létező kurzus a karon),
- antropológia a kulturális ismeret kurzuson belül
- informatika (már létező kurzus a karon),
- új kurzusként bekerül az egészségtudomány kurzus, mely elkülönülve az az egészségtan kurzustól, meghívott orvos és egészségfejlesztő szakemberekkel dolgozná fel a témaköröket.

A kurzusok során kiemelt cél, hogy a hallgatók ne csak megtanulják, hanem át is élve, meg tapasztalják a különböző oktatási módszereket (frontális osztálymunka, fókuszcsoport, szerepjátékok, stb...). Ezen belül törekedni kell,

hogy a hallgatók, minél nagyobb mértékben aktívan vegyenek részt a foglalkozásokon, akár mint egy kvázi második előadó.



14. ábra. Az egészségfejlesztéshez kapcsolódó kurzusok (Devosa, 2016c)

### ***3.2.3. A szexuális egészségfejlesztés kurrikulumához kialakítandó multiprofessionális team***

A képzés jellegéből fogva integratív és multiprofessionális, melynek első lépéseként a „képzők képzése” elv alapján, az egyetemen tanuló pedagógusjelöltek felkészítését kell megszervezni.


A szexuális nevelés konkrét témakörénél maradva a kurzusok kialakításánál a következő szakemberek közreműködésére lesz szükség:

- antropológus (a téma kiemelt kutúrafüggősége miatt);
- venerológus (a fertőzések, STI-k megismertetése);
- nőgyógyász / andrológus (a nemi működés megértéséhez);
- pszichológus (az érzelmi háttér fontossága miatt);
- pedagógiai végzettségű oktató (a képesség kialakításához, hogy az egészségfejlesztő a megfelelő módszertani eszközöket alkalmazza a konkrét szituációban).

A fenti multidiszciplináris szakértőknek együttműködve, integratívan kell megvalósítaniuk a képzést, egymással illetve konkrét esetben a kutatócsoporttal egyeztetve.

### 3.2.4. A szexuális egészségfejlesztés kurrikulumának hatékonyságvizsgálata

Mint minden egészségfejlesztő program esetében, itt is fontos a folyamatos fejlesztés, visszajelzés. A visszajelző lap a Magatartástudományi Intézet (3. melléklet) alapján készült el, de elektronikus formában, mely megkönnyíti a feldolgozást, értékelést. (3. melléklet). Ez kiegészül a hallgatóink által leadandó igazoló lappal (15. ábra).



**KF-TFK EEK Aszklépiosz EFP Előadás Igazolás (EI)**

**Tanítóképző Főiskolai Kar**


6000 Kecskemét  
Kaszap u. 6-14.  
Tel: 76/501-770 Fax: 76/483-282  
tfk@tfk.kefo.hu  
www.kefif.hu

Igazolom, hogy .....  
nevű hallgató a Kecskeméti Főiskola, Tanítóképző Főiskolai Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport Aszklépiosz Egészségfejlesztő Programjának keretében, előadást tartott .....  
..... intézményünkben,  
..... témakörben.

....., 20... év... hó... nap

fogadó int. p.h.

..... fogadó intézmény megbízottja      KF-TFK EEK megbízottja



15. ábra. 2016 tavaszi PAE-PK EEK Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program Előadói Igazolólappal (EI)

A hatékonyságmérést mind az önértékelés oldaláról, mind az oktatók oldaláról meg kívánjuk valósítani.

Az önértékelésben a résztvevők visszajelző lapot töltenek ki (3. melléklet), illetve fókuszcsoport jellegű kiscsoportos foglalkozás keretein belül megbeszélik a tapasztalataikat a többi előadóval. Ebben a csoportban részt vesznek azok is, akik már gyakorló tanárként tartanak órákat, a jelenlegi hallgatók, illetve az egyetem oktatói is.

Az oktatottak oldaláról tesztet töltenek ki a tanulók, egyszer az előadások előtt, egyszer utána, így a tudásukban tapasztalható fejlődést mérjük fel. Ez első körben papír alapú teszt, de a későbbiekben áttérünk az e-tesztekre, ha a megfelelő desktop- és mobil alkalmazás elkészül. Emellett az oktatottak anonim írásos véleményére is kíváncsiak vagyunk, amit közösen megbeszélünk a már említett fókuszcsoport jellegű kiscsoportos foglalkozásokon.

### 3.2.5. A program tervezett implementálása

A NAT előírja, hogy a már elsős osztályos kortól folyamatosnak kell lennie a szexuális felvilágosításnak, ez meghatározza a tárgyalt témaköröket (16. ábra)

1–4. évfolyam	5–8. évfolyam		9–12. évfolyam
	5–6. évfolyam	7–8. évfolyam	
Szaporodás, egyedfejlődés, szexualitás			
A gyermekvárással, születéssel, szoptatással kapcsolatos elképzelések megbeszélése, ►►	►► az emberi termékenységet befolyásoló folyamatok megbeszélése, a káros hatások elkerülésére alkalmas módszerek megismerése.		
Az emberi egyedfejlődés főbb szakaszainak megismerése, ►►	►► összehasonlítása, a másodlagos nemi jelek, testi és lelki különbségek megismerése.	A születés utáni fejlődési szakaszok legjellemzőbb testi és pszichológiai megnyilvánulásainak összehasonlítása.	A viselkedésváltozások, krízisek pszichológiai hátterének elemzése. A születés előtti és utáni teljes emberi életút szakaszainak ismerete, értékeinek belátása.
	A nemi élettel kapcsolatos személyes felelősség felismerése, alapvető morális és egészségügyi szabályok betartása mellett szóló érvek bemutatása. Érvelés a tudatos családtervezés, a várandós anya felelősségteljes életmódja mellett.		

16. ábra. NAT összefoglaló a szexualitással kapcsolatos ismeretátadással kapcsolatban (Magyar Közlöny, 2012)

A WHO szexuális nevelés mátrixa (törzsanyaga) a kiindulási alapunk, melyet különböző életkori csoportok szerint strukturáltak és nyolc fő tematikai kategóriát tartalmaz (WHO, 2010). A korcsoportok megfeleltetése a közoktatásban megadja, hogy mely témaköröket kell az óvopedagógusoknak, és

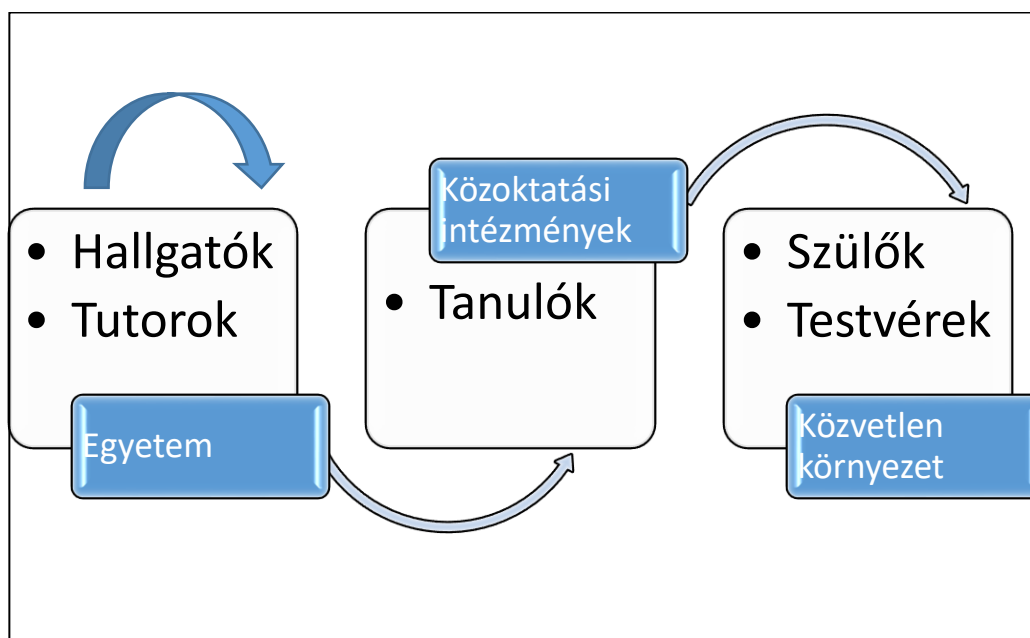
melyeket a tanítóknak feldolgozniuk. A témák többször visszatérnek a WHO (2010) mátrixában: „a fiúk és lányok egyenlőségének attitűdjéről van szó. Fontos, hogy ez az alapvető attitűd kezdettől fogva megjelenjen, mint a későbbi értékek és normák szilárd alapja”. A WHO táblázata túlnyúlik (a 15 éves korosztályig) a tanítók által oktatott 1-6. osztályos tanulókon, azonban egy-egy kényesebb kérdés megbeszélésénél az osztályt felnevelő tanító előadása igen hatékony lehet, illetve az egészségnapon is meglátogathatja a volt tanulóit, akár egy másik intézmény keretein belül. A WHO által jegyzett „Az európai szexuális nevelés irányelvei” című kiadvány tartalmát Szilágyi (2011) ismerteti a „Vázlat a politikusok, nevelési és egészségügyi intézmények és szakemberek részére” című munkájában, ahol a fejlesztők az információátadás => készségek kialakítása => attitűdök kialakulása gondolatkör triumvirátus köré építik fel a fejlesztést, melyet minden korosztályon belül az „emberi test és fejlődés, termékenység és reprodukció, szexualitás, érzelmes, kapcsolatok és életmód, szexualitás: egészség és jóllét, szexualitás és jogok, a nemiség szociális és kulturális meghatározói (értékek, normák)” bontásban dolgoznak fel. A WHO kurrikuluma ciklikusan visszatérő, azaz a fiatalabb korban tárgyalt témákat újra előveszik az egyén érésének, az aktuális igényeknek megfelelően. A fenti módszertant implementáltuk egészségfejlesztő programunkba.

### **3.3. Az Ariadné három generációs egészségfejlesztő program megvalósításának helyszínei**

A program lényeges eleme, hogy az egyetem és az iskola, illetve óvoda harmonikusan együttműködik, így a hallgatók megszerzett tudásukat gyakorlatba is ültethetik, emellett megvalósul a fiatalok egymást képzésének elve. Ezen felül a fiatalok megismerik a rejtett kurrikulum fogalmát is, így az oktatott anyagon felül, pedagógusi viselkedésükkel, mint szerepmóddal, hozzájárulnak a tanulók, óvodások viselkedésformálásához, melynek folyamodványa, hogy a gyermekek hazaérve hatást gyakorolnak a család viselkedésmintáira, például: rendszeres kézmosás szokásának átadásával, vagy a felnőttek dohányzásának ellenzésével - az azzal ellenetetes attitűddel (Paulik, 2017b). A három részterület közül kettővel vagyunk közvetlen hatással: az egyetemre és a közoktatási intézményre, míg a gyermekek családjára csak közvetetten.

Az egyetemen elsődleges cél, hogy olyan pedagógusokat bocsátsunk ki, akik tisztában vannak az egészségfejlesztés fontosságával és módszereivel, értik és jól használják annak eszközeit, a rejtett kurrikulum ismeretében szerepmóddként magatartásukkal is formálják tanítványaikat és egymást, illetve mint kortársak egymástól is tudnak tanulni, azaz önmaguk csoportjára is visszahatnak. Ennek eléréséhez a tutorális oktatási módszert alkalmazzuk mi is a Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar, Magatartástudományi Intézetének módszertanának átvételével, azaz a fiatalok

egymást tanítják a foglalkozásokon – élve a pedagógusi tanulmányaikból adódó lehetőséggel – így a tutor csak kiegészíti, esetleg kijavítja az átadott ismereteket. A tutor végig a hallgató mellett áll a „tanulás – gyakorlás – tanítás” folyamata során, így előbb kortársait, majd kiskorú tanítványait oktatja, először az egyetemi környezetben, majd közoktatási intézményben. A tanulók a „hazavitt” attitűddel, tudással formálják közvetlen környezetüket (17. ábra).



17. ábra. Az Ariadne Többgenerációs Egészségfejlesztő program szinterei, résztvevői és hatásláncolata (Devosa, 2016b)

Az egyetemi- és közoktatási szinten a következők megvalósítandó és megvalósult programpontok:

### 3.3.1. Egyetemi szint: Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar

- A képzési struktúrájában jelentős szerepet kap az Egészségnevelés tárgy, mely a mostani egy tanóra helyett duplájára bővül.
- Az Egészségtan tantárgy anyagának átdolgozása, mely kiemelten felkészíti a hallgatókat az jövőbeli diákjaikkal történő témamegbeszélésre. Ehhez már most olyan tankönyveket használunk, amelyek ezt a gondolkodást tükrözik.

- A tananyaghoz elkészül az interaktív kérdéssor, melyet a hallgatónk Coospace-ben használhatnak, míg a jövőbeli munkahelyükön egy önálló keretprogramban dolgozhatnak vele.
- Az Informatika tárgy keretein belül megismerik a szintén az Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport által kifejlesztett oktatóprogram- keretrendszert, melybe a már meglévő kérdésbankot könnyedén tudják importálni, illetve elkészíteni (akár más tárgyakból is) a saját kérdéseket. Így az e-learning lehetőségeit is kihasználhatják oktatói, nevelői munkájuk során (*Devosa és mtsai*, 2015).
- Az Egészségtan tárgyat szabadon választható tárgyakkal egészítjük ki, melyekben a hallgatók egymással együttműködve beszélhetik meg szabadon a kérdéses témákat, felkészülhetnek egy-egy téma prezentálására kisgyermek előtt.
- Az Egészségtan tantárgy témaköreit tutoriális módszerrel dolgozzuk fel, azaz kis csoportok alakulnak egy témakör megismerésére, melyet utána előadnak évfolyamtársaiknak. Ezt megbeszélés követi, mely folyamatban a tantárgyi oktató, mint tutor vesz részt, a lehető legnagyobb teret hagyva a jövőbeli pedagógusoknak a kibontakozásra.
- A fiatalok viselkedésének, attitűdjének megváltoztatását célozza a már megvalósult Természettudományi Kirándulás, melynek célja a természettudományos érdeklődésű fiatalok élményalapú tanulási lehetőségeink kibővítése: például természettudományi terek, más egészségfejlesztő csoportok, reprodukciós ismeretek átadásával (is) kiemeleten foglalkozó intézmények meglátogatása.
- Az egészségtudománnyal kapcsolatok konferenciák szervezése egyik alapfeladata Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport számára. Ennek keretein belül lehetőség nyílik, hogy a fiatalok az egészségről külső szakemberektől is érdemi információkat szerezzenek, személyes kapcsolatokat építsenek, így a jövőbeli tantestületből már lesz legalább egy személy, akinek vannak kontaktusai egészségfejlesztő szakemberekkel, ami egy egészségnap vagy egészséggel kapcsolatos rendezvény lebonyolításánál fontos.
- A portfólió-alapú államvizsga egyik portfólió eleme az Egészségtan tantárgy keretein belül megismert tananyag (*Devosa*, 2016b).
- A könyvtárral és a Művészeti és Anyanyelvi Nevelési Tanszékkal együttműködve az irodalmi és a zenei körök szervezése megkezdődött.

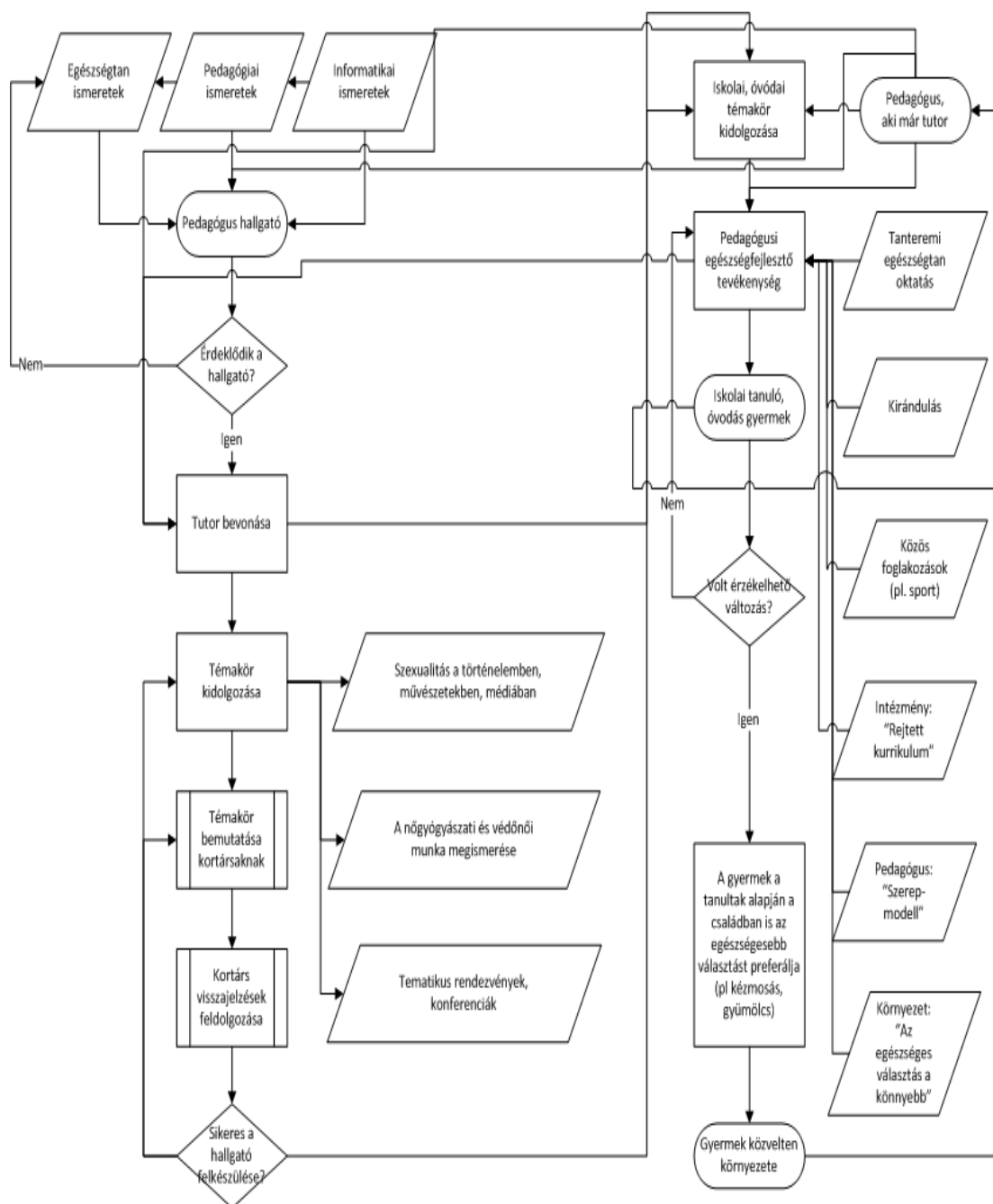


### **3.3.2. Közoktatási szint: Szegedi Bonifert Domonkos Általános Iskola (mint a NJE-PK referenciaiskolája)**

- Egészségnap szervezése és lebonyolítása, melyhez a Szegedi Bonifert Domonkos Általános Iskola - mint a Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar referenciaiskolája - lehetőséget biztosít, így a tanító hallgatók, mint előadó, és mint megfigyelő jelen lehetnek egészségnapokon, egészséggel foglalkozó tanórákon, illetve maguk is vezethetnek foglalkozásokat, köztük kiemelten a szexualitással foglalkozó órákon (Devosa, 2016b).
- A kecskeméti Petőfi Sándor Gyakorló Általános Iskolában a 2016. december elsején kutatócsoportunk szervezésében megvalósuló egészségnapon kiemelt helyen szerepelt a szexualitás témaköre, melyen a karunk hallgatói érdeklődőként vettek részt. Az előadásokat a Budapesti Orvostanhallgatók Egyesületének medikusai tartották.

### **3.4. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program folyamatábrája**

A következő ábrán áttekinthető az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program folyamatábrája, melyből látszik, hogy az egyes tevékenységek hogyan épülnek egymásra a tervek szerint. Az ábrán található jelölések a folyamatábrák általános szabályait követik: *Rombusz*: ismertek, jellemzően kurzusokon, előadásokon szerzett tudás; *Ovális kör*: cselekvő egyén; *Négyzet*: cselekmény, esemény; *Hegyre állított négyzet*: döntés (18. ábra).



18. ábra. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program folyamatábrája (Devosa, 2016b)

A program jelentős részét képezi a hallgatók önálló tevékenysége, illetve az intrinzik motivációja. A – tervezett - három önálló kurzus az egyetemi időszak alatt:

1. „Szexualitás a történelemben, művészetekben, médiában” lehetőséget nyújt, hogy a hallgatók megismerjék a témakör különböző aspektusait, többféle szemléletmódból építsék fel a saját, egyedi látásmódjukat. Kialakuljon bennük az elfogadási készség a különböző szexuális kultúrák, viselkedési formák iránt, megértve azokat.

A kurzus magában foglalja szép- és filmművészeti alkotások megtekintését és közös elemzését.

2. A „nőgyógyászati és védőnői munka megismerése” lehetőséget ad a hallgatók medikális ismereteinek finomítására. A kötelező kurrikulumon belül hallgatott anatómia és természetismeret 3. (élettan) tárgyak keretein belül már tárgyalták a nemi ismereteket, ámde itt mélyebb, részletesebb ismeretekre tesznek szert, melyhez hozzásegíti őket, hogy - egészségügyi intézménnyel együttműködve – meglátogatunk rendelőt is, ahol a hallgatók közvetlen kérdéseire is szakember válaszol.
3. A tematikus konferenciákon a szakembereknek és azon hallgatóknak is lehetőségük van kapcsolatba kerülni egymással, akik nem részei az Ariadné programnak, ámde kérdésük van, esetleg fontolgatják a csatlakozást. A 2017. március 8-i kutatócsoportunk által szervezett HEART 2017 konferencián már hallgatói előadói szekció is volt, melyen megvalósult a fent leírt tutori modell: a hallgató tartja az előadást hallgatónak, ámde az őt felkészítő oktató is jelen van, ha szükség lenne rá.

### **3.5. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program már megvalósított eredményei és további tervezete**

- Az Egészségtan órákon már Prof. Dr. habil. Falus András és Dr. habil. Barabás Katalin tankönyveit használjuk, melyeket hallgatóink a pedagógusi munkájuk során is közvetlenül elérhetnek.
- A könyvekhez tartozó kérdésbank 2016 májusának elejére elkészült.
- A Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Kar, Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoportja két konferenciát szervezett:
  - 2016. március 8-án a nemzetközi Health – Economy – Arts HEART 2016 konferenciát, melyen neves szakemberek magyarul és angolul tartottak előadásokat, illetve a konferencia zárásaként a kerekasztal beszélgetésen a hallgatók közvetlenül kérdezhettek az előadóktól. A felmerült további kérdéseket az Egészségtan óra keretein belül megbeszéltük.
  - 2016. március 18–21-én az I. Interdiszciplináris KF-EEK - SZESZT konferenciát, amelyen elsősorban a fiatalok tartottak előadásokat fiataloknak, számos PhD hallgató volt jelen a Szegedi Tudományegyetemről is.
  - 2017. március 8-án a nemzetközi Health – Economy – Arts HEART 2017 konferenciát megszerveztünk.

- Tervezzük, hogy 2018. március 8-án a nemzetközi Health – Economy – Arts HEART 2018 konferenciát, és 2018. április 8-9. megtartjuk az II. Interdiszciplináris PK-EEK - SZESZT konferenciát.
- A természettudományi kirándulás megvalósult 2016-ban és 2017-ben, az Egészségtudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport szervezésében, illetve a következő szervezése folyamatban van 2018. áprilisára.
- A kurzusok szervezése megkezdődött mind informálisan hallgatók körében, mind hivatalosan a Neptun felületen, mint választható kurzusok.
- A Szegedi Bonifert Domonkos Általános Iskolában 2016. április 28-án megvalósult egy nagyszabású, pályázat útján finanszírozott egészségnap, melyen a tanulók előadásokat hallgathattak többek között a szexualitásról; 2017 márcusában ismét megrendezésre került az egészségnap.

### **3. 6. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program további tervezett lépései**

- További oktatási intézményekkel kialakítani a kapcsolatot, illetve a meglévőkkel elmélyíteni.
- A „Nem adom fel” alapítvánnyal felvett kapcsolat során lehetőség nyílik a mozgássérültek és egyéb fogyatékkal élők bevonásával egy érzékenyítő tréninget megvalósítani a hallgatók között.
- Hallgatók által szervezett egészségfejlesztő tábor megvalósítása.
- Az egészséges életmód és -környezet kialakítása az egyetemen is.
- A hallgatói vélemények felmérése, értékelése.
- A hallgatói vélemények alapján a kurrikulum további korrekciója.
- A program céljainak és – tervezett illetve elért – eredményeinek disszeminációja.
- További szakemberek bevonása a fejlesztésbe, több diszciplína területéről (például sport, pedagógia...).

### **3.7. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program társadalmi beágyazottsága, megvalósíthatósága**

Az Oktatásért Felelős Államtitkárság tervei között szerepel, hogy a NAT-ba bekerül egy külön tantárgy: „Életvitel” néven, melyek szellemisége illeszkedik az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Programhoz, illetve programunk lehetőséget ad arra, hogy a pedagógusokat – gondolok itt a tanárookra, tanár szakos hallgatókra is – felkészítsük az új tantárgy oktatására, pontosabban az abban foglaltak „nevelésére”. Idézet a HVG által közölt Dr. Palkovics László oktatási államtitkárral készített interjúból (2017. 01. 30.): „Az új Nemzeti alaptanterv koncepciójában szerepel emellett például már életvitel tantárgy is, ahol reggel 8 és 9 között nem tananyagot tanítunk, hanem elmondjuk, hogy miért kell fogat mosni.” (Joó, 2017)

Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program (AEP) teljes megvalósulása a Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Karán a 2018-2019 tanév során várható.

## 4. Diszkusszió

Mivel először egy általános áttekintést szerettünk volna kapni az általunk kiválasztott főiskolás és egyetemista populáció szexuális kultúrájáról, ezért egy keresztmetszeti vizsgálat során térképeztük fel reprodukív egészségműveltségüket és magatartásukat.

Az Egyesült Királyságban, ahol a fiatalok – a magyar fiatalokhoz hasonlóan – nagy arányban mutatnak kockázatos egészségmagatartást, és ennek megfelelően Nagy-Britanniában a fiatalok bírnak a legrosszabb epidemiológiai adatokkal az STI-ket illetően, kiemelt kormányzati feladattá vált a hatékony szexedukáció megvalósítása az iskolákban. Három nagy projekt eredményeit összevetve azt láttuk, hogy a leghatékonyabbnak a kortárssegítők munkáját ítélték meg. A SHARE-jelentésben (*Henderson és mtsai, 2007*) az eseti felvilágosítást vetették össze a tanári szexuálpedagógiai munkával. Itt egyértelműen a tanárok értek el nagyobb hatékonyságot. A RIPPLE-jelentés (*Stephenson és mtsai, 2004*) longitudinális összehasonlító vizsgálatában a tanár és kortárssegítők munkájának értékelésekor az adatok egyértelműen a kortárssegítők eredményességét jelezték. Az epidemiológiai adatokban megmutatkozó hatás a RIPPLE esetében az, hogy a 16 év átlagéletkorú lányoknál csökkent a nem kívánt terhességek száma. Ez a két nagy nemzetközi vizsgálat megerősíti az eredeti saját elképzeléseinket, miszerint a fiatalok segítése fiatalok által talán a legcélravezetőbb.

Sajnálatos módon a mi kutatásainkban ez nem igazolódott egyértelműen. Mindezek ellenére továbblépési lehetőségnek mégis az egyetemi ifjúság körében kinevelt kortárssegítők képzését tartjuk célravezetőnek nagyobb számú felkészítő program után, így szélesebb lefedettséget biztosíthatnának nemcsak az egyetemi városok fiataljait elérve, hanem a kisebb települések iskoláiba is eljutva.

Eredményeink annak a lehetőségét is felvetik, hogy az egyetemi ifjúság számára is biztosítani kell a megfelelő információhoz való hozzájutást, hiszen a kapott téves ismeretek, a nem megfelelő szexuális viselkedés, ebben az úgynevezett „posztadoleszcens korosztályban” súlyos epidemiológiai következményekkel járhatnak (*Murinkó, 2010*).

A korábban kialakult kockázatvállaló magatartás megváltoztatása nem könnyű pedagógiai feladat, de felelősséget kell vállalni a főiskolás és egyetemi ifjúsági populáció reprodukív egészségi állapotának javítása érdekében.

A leendő kortárssegítőknek komoly szociális kompetenciával illetve biztos tudásanyaggal kell rendelkeznie, hogy a kívánt változásokat ki tudja váltani az oktatott fiatalokból.

Az egészségfejlesztő egyetemek nemzetközi hálózatának tagjává válását segítené elő a jól szervezett kortárs egészségnevelő képzés, amely által fejlődhet a tanulók és a kortárssegítő hallgatók személyes- és szociális kompetenciája. A kortárssegítő tevékenységben legalább annyira fontos az információ forrása, mint maga az elhangzott ismeretanyag. A szakirodalmi áttekintésből kitűnik, hogy a népszerű véleményformálók alkalmazása hatékony lehet a változás előmozdításában (*Kelly és mtsai* 1991; és *Wiist és Snider*, 1991; *Grossberg és mtsai* 1993). Akkor tud egy személy meggyőzni egy másik személyt, ha ezt a személyt forrásnak tekintjük, azaz szakértő, objektív, szerethető és hasonló hozzánk (*McGuire*, 1973).

Ezt az elvárást teljesítik a képzés kibocsájtott tagjai, akik egyaránt munkálkodhatnak mind az egyetemen belül, mind annak tágabb környezetében, megvalósítva ezzel az egészségfejlesztő egyetem két fontos kritériumát.

Az eredmények publikálása során áttekintett szakirodalmi anyag, illetve a saját jelenlegi és korábbi megfigyeléseink (*Kozinszky, Sikovanyecz, Szabó, Devosa, Barabás, Kovács és Pál*, 2004) eredményei további kutatásokat indukáltak, illetve ezen eredményekből született kérdések és hipotézisek is részét képezik egy 2013. szeptemberében indult nemzetközi kutatásnak, amelyben szintén részt veszünk az Szegedi Tudományegyetem, Általános Orvostudományi Kar Szülészeti és Nőgyógyászati Klinika kooperációjával.

Jelen kutatásunk bővítette a magyarországi szexuális kultúrával foglalkozó kutatások spektrumát. Kutatásunk egyediségét jelentheti, hogy hazai adatok eddig nem számoltak be a kortárssegítők szexuális kultúrát iskolai egészségnevelés keretén belül befolyásoló hatásáról. Az egyetemi hallgatók szexuális kultúráját feltérképezve próbáltunk indirekt következtetéseket levonni a korábbi kortárssegítők által végzett iskolai reprodukív egészségnevelés hatékonyságáról. Összegezve az eredményeinket megpróbáljuk felvázolni a megvizsgált kérdésekre adott válaszokat a szakirodalmi adatokkal egybevetve. A kortárssegítésnek mind Nyugat-Európában, mind az USA-ban jelentős hagyománya van. Magyarországon Ritók Magda, Simon Tamás, Sárközy Virág számolnak be különböző kortárssegítő csoportok egészségfejlesztésben játszott szerepéről.

A legelső szexuális ismeretekre a gyerekek többnyire otthon tesznek szert a szülők, a rokonok vagy az ismerősök szándékos illetve nem szándékos tájékoztatása révén. Ezt a szerepet később az iskola veszi át. Ehhez megfelelő szexuálpedagógiai szakemberekre, egészségnevelőkre és átfogó szexuális nevelésre van szükség (*Szilágyi*, 2011).

A szexuális nevelés során információt nyújtunk a hallgatóknak:

- a nemi élettel kapcsolatos testi folyamatok; pozitív hatásai;
- az egyéni pszichoszexuális fejlődésről;
- a terhességről és a magzati életéről, az abortuszról;
- a különböző szexuális életstílusokról;
- a fogamzásgátlók szakszerű használatáról;
- a nemi úton terjedő betegségekről és megelőzésükről (*Szilágyi*, 2011).

Az iskolai szexuális nevelés néhány kezdeményezéstől eltekintve a magyar iskolákban egészen napjainkig hiányzik. Időnként meghívják egy egészségügyi szakembert, hogy tartson felvilágosító előadást a tanulóknak, de ez nem elég, mert nem tudja ellensúlyozni azokat a kedvezőtlen hatásokat, amelyekkel a fiatalok naponta találkoznak, például a televízió vagy az interneten keresztül (*Szilágyi, 2003*), ezzel egybeesik a 8. hipotézisünkre kapott válasz. Az óvszer használata meggátolja a nem kívánt terhességet, és nagymértékben csökkenti a szexuális úton terjedő fertőzések, mint például a HIV kockázatát (*Gyarmathy, 2002*). Ezért is voltunk kíváncsiak arra, hogy tudatában vannak-e a vizsgálatban résztvevők a HIV terjedésének módjával, melyet nem megfelelően ismertek (7. hipotézis), jöllehet magáról a HIV-ről és AIDS-ről hallottak (>99%) (8. hipotézis). *Simich és Fábíán* (2010), szerint a tizenévesek érdeklődésének középpontjában áll a szexualitás, a hiányos és sokszor téves ismereteiket mégis elegendőnek ítélik, pedig kevés információjuk van, vagy egyáltalán nem rendelkeznek ismerettel a fogamzás természetes módjáról, a fogamzásgátlásról és a szexuális úton terjedő betegségekről. Felmérésünk eredménye ezzel ellentmond (1. hipotézis). A kondomot sokan megbízható módszernek tartják (83,7% és 81,5%) (30. táblázat) (*Kozinszky és mtsai, 2001*), mely ugyan egyezett kutatási eredményinkkel, de a használatban már ez nem jelenik meg (2. hipotézis). *Mansour és munkatársai* vizsgálata szerint a kondom egy köztes megbízhatóságú fogamzásgátló (*Mansour, Inki és Gemzell-Danielsson, 2010*), melyhez képest a vizsgálatba bevont személyek a legmagasabb biztonságú eszköznek vélték. (2. hipotézis). *Zonda és Paksi* (2006) publikációjában kimutatta, hogy a vallásosság jelentősen befolyásolja az egészségmagatartást, mivel csökkenti a promiszkuitást. Jelen kutatásunkban ez nem nyert igazolást (3. hipotézis), és az a feltételezés sem, hogy a városi életforma növeli a kockázatos szexuális viselkedés esélyét (4. hipotézis). *Györffy Zsuzsa és mtsai* (2013) publikálta, hogy a fiatalok számára a monogám párkapcsolat a kívánatos életforma, ezt kutatási eredményeink is alátámasztják (6. hipotézis).

A kortárssegítők, mint paraprofesszionális támogatók vesznek részt az információs, személyes tanácsadásban, melyekre megfelelő programokkal készítik fel őket. Több felsőoktatási intézményben, nevezetesen az ELTE BTK-n a „Humánia” csoport, illetve a Semmelweis Egyetem Orvosi Karának hallgatóiból alakult Budapesti Orvostanhallgatók Kortársoktató Alapítványa (BOKA), valamint az SZTE-n immár húsz éve működő egészségfejlesztő-egészségnevelő csoport végez információátadást a fiatalok számára, emellett igyekeznek képessé tenni a hallgatókat bizonyos egészséggel kapcsolatos készségek elsajátítására is.

A kortárssegítő tevékenység előtérbe kerülését az iskolai egészségnevelésben az indokolja, hogy a költséghatékonysága, hitelessége, elfogadottsága magas. A fiatalok szívesen veszik a hozzájuk korban közel állók információit, bizonyos értelemben példamutatásuk alapján attitűdöt alakító hatásukat. Számos magyar felsőoktatási intézményben jól működnek a kortárssegítő csoportok, melyek hatékony láncszemét képezik a hallgatókkal való

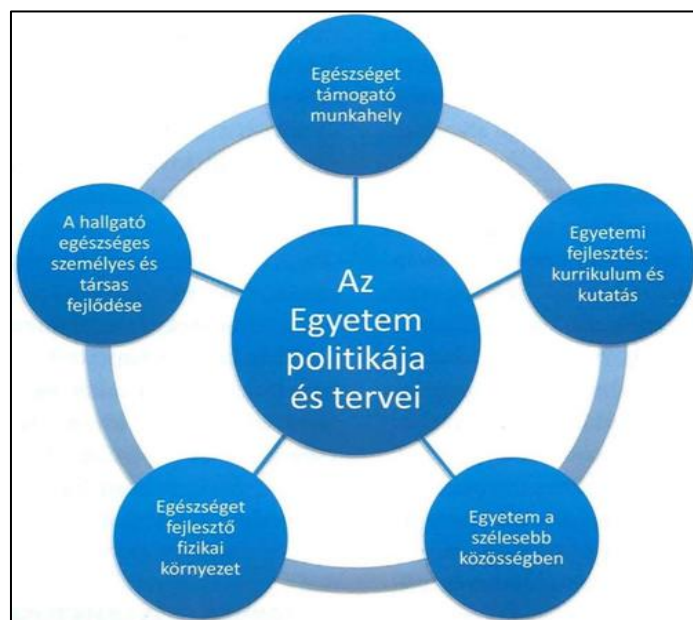


elő kontextusnak, azonban eredményeink ellentmondanak a BOKA felmérésének (*Kortárs Segítő Műhely*, 2011) (9 hipotézis), miszerint a kortássegítő elsődleges forrás, illetve abban is ellentétes eredményeket kaptunk a BOKA által publikáltakkal, hogy az első közösülés időpontja későbbre tolódik a kortássegítőket megbízható forrásként kezelő fiatalok körében (5. hipotézis). Ugyancsak nem igazolódtott be, hogy a kortássegítőket megbízható forrásként kezelő fiatalok később kezdik a nemi életet (10. hipotézis), megfontoltabbak a szexuális életben (11. hipotézis) vagy jobban elutasítják az abortuszt (12. hipotézis) ami szintén ellentmond a BOKA anyagának..

A feltáró munkánkhoz, annak érdekében, hogy valóban random mintát nyerhessünk egy saját fejlesztésű szoftvert készítettünk: R4A 1.0: saját fejlesztésű Real Randomization for Representative Research Application (4. melléklet).

A felmérésünkből származó eredmények és a nemzetközi szakirodalomban megismerhető eredmények között éles kontraszt mutatkozik. Ebből arra következtethetünk, hogy a kortássegítők képzése nem olyan színvonalú, hogy az elvárt tudásra és hitelességre felkészítse a fiatalokat. Egy lehetséges válaszként erre a feltárt problémára kidolgoztunk az Adriané Egészségfejlesztő Programot (AEP) melyet a kecskeméti Neumann János Egyetem, Pedagógusképző Karán szeretnénk megvalósítani.

Kíváncsi lenne, hogy nálunk is – mint a világ sok más felsőoktatási intézményének politikájában (health policy) – jelentős szerepet foglaljon el a hallgatók személyes és társas fejlődését biztosító környezet és tevékenység, azaz a hallgatói kortássegítés (19. ábra).



19. ábra. Az egészségfejlesztő egyetem akcióterve (*Doors in Barabás*, 2010)

A kutatás eredményei alapján tervezett Adriané Egészségfejlesztő Program (AEP) a „hallgató személyes és társas fejlődésében”, az „egyetemi fejlesztési kurrikulum és kutatás”, illetve az „egyetem szélesebb közössége területén” tud hatékony eredményeket elérni a jövőben. Azaz megvalósul az elv, miszerint „több szinten történő, egyéni, különböző társadalmi (sérülékeny) csoportokat, kockázat alapú, valamint a teljes populációt célzó megközelítésre alapozott beavatkozások tervezésére, komplementer alkalmazására van szükség a lakosság és az egyes társadalmi csoportok egészségnyereségének maximalizálása érdekében.” (*Járomi és Kimmel*, 2017). Fő célom a program megvalósításával, hogy a jövőben olyan pedagógusokat bocsássunk ki, akik értik és átérzik a kortárssegítők munkájának jelentőségét, ők maguk is rész tudnak venni e munkában illetve nyitottan fogják az iskolájuknál jelentkező kortárssegítő szervezeteket, programokat (például TANTU(d)SZ) amelyekkel tanulóik egész életére pozitív hatással lesznek.

## Köszönetnyilvánítás

Köszönöm Dr. habil Barabás Katalin témavezetőm végtelen türelmét és rengeteg szakmai segítségét, amelyek nélkül e dolgozat nem készülhetett volna el.

A kutatómunkában, a disszertáció elkészítésében, a cikkek megírásában pótolhatatlan segítséget kaptam és Dr. Kozinszky Zoltántól, aki végig mellettem állt az elmúlt évek alatt. Dr. Kozinszky Zoltán mintegy második témavezetőmként végig koordinálta a munkámat a számtalan ötlettől, javaslattól kezdve a megvalósítás lépéseinek aktív segítségével át, egészen a disszertáció többszöri átnézéséig, javításáig. Dr. Kozinszky Zoltán nélkül sem a kutatás, sem disszertáció nem születhetett volna meg, illetve inspirációja nélkül az Adriané Egészségfejlesztő Program sem lenne teljes. Mentori támogatására a jövőben is messzemenőig számítok, hiszen amit a cikkek elkészítéséről megtanultam az tőle származik.

Szeretném külön is megköszönni további szerzőtársaim segítségét a cikkek elkészítésénél, akik közül kiemelem Dr. Dudás Róbert segítségét a szakmai angol nyelv korrekciójában.

A kutatás kivitelezésében, a született adatok és a szakirodalom feldolgozásában rengeteg segítséget kaptam Maródi Ágnestől és Dr. Vanya Melindától, amit itt is hálásan köszönök.

Köszönet illeti Dr. Csallner András Eriket illetve az SZTE JGYPK és a KF-TFK (NJE-PK) oktatóit, amiért segítették bevonni a kutatásba a hallgatókat, egyben köszönettel tartozom azoknak a hallgatóknak, akik a kutatás aktív résztvevői voltak.

A program megvalósításáért köszönetet mondok Dr. habil. Steklács Jánosnak a NJE-PK dékánjának, és Husztáné Gyursánszki Erzsébetnek, a Szegedi Bonifert Domonkos Általános Iskola igazgatójának, akik a legmesszemenőbbekig támogatták az egészségfejlesztő törekvéseim megvalósulását.

Köszönöm a Neveléstudományi Doktori Iskola kollektívájának a tanulmányaimhoz nyújtott segítséget és az építő kritikákat.

Külön hálás köszönettel tartozom édesanyámnak, aki végtelen türelemmel segítette munkám elkészültét.

# Irodalomjegyzék

*Minden on-line forrás utolsó megnyitásának időpontja: 2017. szeptember 20.*

- Abel, G., Plumridge, L. és Graham, P. (2002): Peers, networks or relationships: Strategies for understanding social dynamics as determinants of smoking behavior. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, **9**. 4. sz. 325–338.
- Abernathy, T. J. és Bertrand, D. B. (1992): Preventing cigarette smoking among children: results of the four year evaluation of the PAL Programme. *Canadian Journal of Public Health*, **83**. 226-229.
- Ackard, D. M. és Neumark-Sztainer, D. (2001): Health care information sources for adolescents: Age and gender differences on use, concerns, and needs. *Journal of Adolescent Health*, **29**. 3. sz. 170–176.
- Ad Hoc Committee on Health Literacy (1999). Health literacy: Report of the council on scientific affairs. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, **281**. 552-557.
- Ádám György (1987): *A megismerés csapdái. Gyorsuló idő*. Magvető Kiadó, Budapest.
- Ádány Róza (2006): A magyar populáció demográfiai helyzete és egészségügyi állapota. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 13–28.
- Ádány Róza (szerk). (2003): *A magyar lakosság egészségi állapota az éredfordulón*. Medicina kiadó, Budapest
- Ádány Róza (szerk). (2011): *Megelőző orvostan és népegészségtan*. Tankönyvtár, Budapest  
[http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011\\_0001\\_524\\_Megelozo\\_orvostan\\_nepegeszsegtan/2011\\_0001\\_524\\_Megelozo\\_orvostan\\_nepegeszsegtan.pdf](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszsegtan/2011_0001_524_Megelozo_orvostan_nepegeszsegtan.pdf) (Utolsó megnyitás: 2017. december 14.)
- Aggleton, P. és Homans, H. (1987): Training the AIDS educator *Nurs Times*. **83**. 40. sz. 7-13.
- Ajzen, I., és Fishbein, M. (1980): *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall
- Ander Zoltán (1986): *Ember és egészség*. Dacia Könyvkiadó, Kolozsvár.
- Angyal Magdolna (2015): A magyarországi roma/cigány kisebbség helyzete és az életkörülményeit befolyásoló tényezők In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest 146-155.
- Antal Emese, Schmidt Judit és Bíró Lajos (2015): Mennyit, miért, hogyan? Táplálkozás és folyadékfogyasztás In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest. 23-36.

- Armstrong, B. K., de Klerk, N. H., Shean, R. E., Dunn, D. A. és Dolin, P. J. (1990): Influence of education and advertising on the uptake of smoking by children. *The Medical Journal of Australia*, 152. 117-124.
- Aszmann Anna (2003, szerk.): *Iskoláskorú gyermekek egészségmagatartása. Egészségügyi Világszervezet nemzetközi kutatásának keretében végzett magyar vizsgálat „Nemzeti jelentés” 2002.* Országos Gyermkegészségügyi Intézet, Budapest. [www.hbsc.org](http://www.hbsc.org)
- Aszmann Anna (2008): Magyar diákok egészségi állapota és az iskola Osztályfőnökök Országos Szakmai Egyesülete <http://www.osztalyfonok.hu/cikk.php?id=1> (Utolsó megnyitás:2016. május 1.)
- Augé, M. és Herzlich, C. (1995): *The meaning of illness: Antropology, history and sociology.* Hardwood Academic Publishers, Amsterdam.
- Babusa Bernadett és Túry Ferenc (2015): Táplálkozás és egészség – evészavarok In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest. 178-187.
- Baker, D. (2006): The meaning and measure of health literacy. *Journal of General Internal Medicine*. 878–883.
- Bandura, A. (1977): *Social Learning Theory.* Prentice-Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bandura, A. (1986): The social learning perspective: Mechanisms of aggression. In: Toch, H. (szerk.), *Psychology of crime and criminal justice.* Prospect Heights, IL, Waveland Press. 198-236.
- Bandura, A., Ross, D. és Ross, S. (1963): Vicarious reinforcement and imitative learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67. 601-607.
- Barabás Katalin (2008): Egészség és erkölcsi felelősség In: Tarkó Klára és Barabás Katalin (szerk.) (2008): *Egészségfejlesztés a tudományokban. Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely hazai és nemzetközi tudományos munkáiból* JGYFK kiadó, Szeged
- Barabás Katalin (2010): Egészségfejlesztés a felsőoktatásban. *Népegészségügy*, **88.** 1.sz. 43-49.
- Bárdos György (2001): Magatartás-élettan. In: Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): *Magatartás-tudományok.* Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 67-90.
- Beach, K. (1999): Consequential transitions: A sociocultural expedition beyond transfer in education. *Review of research in education*, 24. 101-139.
- Beato, R. R., és Telfer, J. (2010): Communication as an essential component of environmental health science. *Journal of Environmental Health*. 73. 1.sz. 24-25.
- Becker, G.E. és Gonschorek, G. (1994): Das Burnout – Syndrom. Einführung am Beispiel „Lehrberuf”. In: Meyer E. (szerk.): *Burnout und Stress. Praxismodelle zur Bewältigung.* Schneider Verlag, Hohengehren. 3-25.
- Belloc, N. B. és Breslow, L. (1972) Relationship of physical health status and health practices. *Preventive Medicine*, 1. 409–421.

- Béres András (2015): Mosoly a betegágynál. In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság*. Spingmed kiadó, Budapest. 235-245
- Berkman N., Davis T. és McCormack L. (2010): Health literacy: What is it? *Journal of Health Communication*. 9–19
- Bingham, Q. (1993): Telephone interview, March 27, 1992, reference In: Perry, C. L. és Sieving, R. (szerk.): *Peer Involvement in Global AIDS Prevention Among Adolescents*. University of Minnesota, World Health Organization.
- Brey, R., Clark, S. és Wantz, M. (2007): Enhancing health literacy through accessing health information, products, and services: An exercise for children and adolescents. *Journal of School Health*, **77**. 9. sz. 640-647.
- Brown, A. (1996): *Peer Education: A School-Based Pilot Project*. South and West Devon Health Authority.
- Catford, J. (2007). Ottawa 1986: The fulcrum of global health development. *Promotion és education*, **14**. 2. sz. 6-7.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2013): *Characteristics of an Effective Health Education Curriculum*.  
<http://www.cdc.gov/healthyyouth/SHER/characteristics/index.htm>
- Clements, I. és Buczkiewicz, M. (1993): *Approaches to Peer-Led Health Education: A Guide for Youth Workers*. Health Education Authority, London.
- Coggins, N. és McKellar, S. (1994): Drug use among peers: peer pressure or peer preference? *Drugs Education Prevention and Policy*, 1. 15-26.
- Cohall, A. T., Cohall, R., Dye, B., Dini, S., Vaughan, R. D. és Coots, S. (2007): Overheard in the halls: What adolescents are saying, and what teachers are hearing, about health issues. *Journal of School Health*, **77**. 7. sz. 344–350.
- Cohen, A. K. (1955): *Delinquent Boys: The Culture of the Gang*. Free Press, New York.
- Coulson, A. (1990): 11 Primary School Headship: A Review Of Research. *Research in education management and policy: retrospect and prospect*, 101.
- Csapó Benő (2008): Tudásakkumuláció a közoktatásban. In: Simon Mária (szerk.): *Tankönyvdialógusok*. Oktatókutató és Fejlesztő Intézet, Budapest, 95-108.
- Csíkos Csaba (2007): Sakk, metakogníció és a kezdő-szakértő problematika. In: Farkas Tibor (szerk.): *Hadmérnök*. A sakk oktatásának hatása a képességfejlesztésre és a személyiségfejlesztésre. Tudományos konferencia a Magyar Tudomány Ünnepe keretében. 2007. november 21.
- Csizmadia Péter (2016): Az egészségműveltség definíciói *Egészségfejlesztés*, **57**. 3.sz. 41-44.
- Csizmadia Péter (2017a): Beszámoló az egészség társadalmi meghatározóival és az egészségszegyenlőtlenségekkel foglalkozó szakértői munkacsoport üléséről *Egészségfejlesztés*, **58**. 1. sz. 78-79.

- Csizmadia Péter (2017b): Beszámoló az időskori törékenység megelőzését célzó ADVANTAGE Együttes Fellépés első találkozásáról az Európai Bizottság sajtóközleménye alapján *Egészségfejlesztés*, **58.** 1. sz. 80-81.
- Csizmadia Péter (2017c): Hogyan befolyásolja a kultúra z egészséget? III. rész: környezet, kultúra és egészség *Egészségfejlesztés*, **58.** 1. sz. 47-50.
- Dávid Beáta és Lukács Ágnes (2015): Kapcsolatok és bizalom az iskolai és családi közösségekben In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest. 120-127.
- Dávid Mária, Estefánné Varga Magdolna, Farkas Zsuzsanna, Hídvégi Márta és Lukács István (2008): *Hatékony tanulómegismerési technikák. Oktatási Programcsomag a pedagógusképzés számára.* Educatio Társadalmi Szolgáltató Közhasznú Társaság.
- Deák J, Nagy E, Veréb I, és mtsai (1997): Prevalence of Chlamydia trachomatis infection in a low-risk population in Hungary. *Sex. Transm. Dis.*, **24.** 9. sz. 538–42.
- Deák J. (2008): Determination of Chlamydia trachomatis infections in pregnant women by means of TaqMan PCR. In: Christiansen G, editor. *Proceedings of the 6th meeting of the European society for chlamydia research.* Aarhus University, Aarhus, Denmark, 193–194.
- Deaton, A. (2002): Policy implications of the gradient of health and wealth. *Health Affairs*, **21.** 2. sz. 13-30.
- Demjén T., Kiss J. és Viski D. (2017): Egészségügyi Világszervezet Dohányzás-ellenőrzés Keretegyezmény: magyar országjelentések. *Egészségfejlesztés*, **58.** 1.sz. 60-67.
- Dennis J., Draper, P., Holland, S., Snipster, P., Speller, V. és Sunter, J. (1982): Health promotion in the reorganised NHS. *The Health Services.*
- Department of Health and Human Services (DHHS): (2000): Healthy People 2010: understanding and improving health. 2. kiadás. Washington.
- Devosa Iván (2011): The effects of the preventive education in secondary schools on the 17-24 years old student population *4th International Conference for Theory and Practice in Education (Society and Education).* Budapest, 2011. június 9 -11.
- Devosa Iván (2013): Az iskolai egészségfejlesztés szociálpedagógiai aspektusból In: Dombi Alice, Dombi Mária (szerk.) *Fejezetek a szociálpedagógia köréből* Universitas Szeged Kiadó, Szeged, 125-131.
- Devosa Iván (2016a): Fiataljaink egészsége - egészségműveltséggel kapcsolatos felmérések eredményei. In: Devosa Iván és Maródi Ágnes (szerk.): *I. Interdiszciplináris KF-EEK - SZESZT konferencia: A konferencia programja és absztraktjai.* Kecskeméti Főiskola, Kecskemét 7.
- Devosa Iván (2016b): Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program bemutatása In: Devosa Iván és Maródi Ágnes (szerk.): *I. Interdiszciplináris KF-EEK - SZESZT konferencia: A konferencia programja és absztraktjai.* Kecskeméti Főiskola, Kecskemét, 10.

- Devosa Iván (2016c): Szexuális egészségnevelés megvalósítása az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Programon belül In: Absztrakt book of Hungarian Medical Association Of America Hungary Chapter „HMAA 2016 Congress”, Balatonfüred.
- Devosa Iván, Kozinszky Zoltán és Barabás Katalin (2011): Paradoxes in sexual risk-taking among non-medical related university students in Szeged, Hungary. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, **159**. 1. sz. 234-236.
- Devosa Iván, Kozinszky Zoltán, Vanya Melinda, Szili Károly, Fáyné Dombi Alice, Barabás Katalin (2016): Szegedi egyetemi hallgatók ismeretei a megbízható fogamzásgátlásról és a szexuális úton terjedő betegségekről *Orvosi Hetilap* **157**. 14. sz. 539-546.
- Devosa Iván, Maródi Ágnes, Benedekfi István és Buzás Zsuzsa (2015): *Az Európai Unió tagállamainak kultúráit bemutató oktatószoftver* Kecskeméti Főiskola Tanítóképző Főiskolai Kar, Kecskemét.
- DiCenso, A., Borthwick, V. W., Busca, C. A., Creatura, C., Holmes, J. A., Kalagian, W. F. és mtsai (2001): Completing the picture: Adolescents talk about what's missing in sexual health services. *Canadian Journal of Public Health*, **92**. 1. sz. 35–38.
- Downie, R. S., Fyfe, C. és Tannahill, A. (1990): *Health Promotion Models and Values*. Medical Publications, Oxford.
- Dr. Kovács József (2006): *Bioetikai kérdések a pszichiátriában és a pszichoterápiában*. Medicina könyvkiadó, Budapest.
- Dull, R. T. (1983): Friends' use and adult drug and drinking behaviour: further test of differential association theory. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 74. 1608-1619.
- Duryea, E. J. (1991): Principles of non-verbal communication in efforts to reduce peer and social pressure. *Journal of School Health*, **61**. 5-10.
- Eberst, R. M. (1984): Defining Health: A Multidimensional Model. *Journal of School Health*, 54. 99–104.
- Edwards, W. M. és Coleman, E. (2004). Defining sexual health: a descriptive overview. *Archives of sexual Behavior*, **33**. 3. sz. 189-195.
- Elekes Zsuzsanna (2011): *Egészségkárosító magatartások és mérési módszerek* Országos Addiktológiai Centrum, Budapest [http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010\\_2A\\_23\\_Elekes\\_Zsuzsanna\\_Egeszsegharosito\\_magatartasok\\_es\\_meresi\\_modszerek/ch01.html#id498223](http://www.tankonyvtar.hu/hu/tartalom/tamop425/0010_2A_23_Elekes_Zsuzsanna_Egeszsegharosito_magatartasok_es_meresi_modszerek/ch01.html#id498223) (Utolsó megnyitás időpontja: 17. 12. 14.)
- Espelage, D. L., és Swearer, S. M. (2003). Research on school bullying and victimization: What have we learned and where do we go from here?. *School Psychology Review*, **32**. 3. sz., 365-384.
- European Council (2006): Recommendation of the European Parliament and the Council of 18. December 2006 on key competencies for lifelong learning. *Brussels: Official Journal of the European Union*, **30**. 12. sz.



- Ewles, L. és Simnett, I (1999): *Egészségfejlesztés. Gyakorlati útmutató*. Medicina kiadó, Budapest.
- Falus András (2015): Egészséges életmód: tudatos epigenetika in Falus András – Melichner Dóra (2015): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest.
- Falus Iván (2006): Tanári képesítési követelmények – kompetenciák – szztenderdek. In: Demeter Kinga (szerk.): *A kompetencia*. Országos Közoktatási Intézet, Budapest.
- Feith Helga Judit, Melicher Dóra és Falus András (2015): Utószó helyett a TANTUdSZ programról. In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság*. Spingmed kiadó, Budapest, 270-274.
- Fengler, J. és Jansen, G. (1994): *Handbuch die Heilpeadagogischen Psychologie*. Verlag W. Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln.
- Finn, P. (1991): Teaching students to be life long peer educators. *Health Education*, 13-16.
- Fishbein, M. (2000). The role of theory in HIV prevention. *AIDS Care*, 12. 273–278.
- Fishbein, M. és Yzer, M. (2003): Using Theory to Design Effective Health Behavior Interventions. *Communication Theory*, 164–183.
- Fishbein, M., és Ajzen, I. (1975): *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, M,: Addison-Wesley.
- Fisher-Wilson, J. (2003): The crucial link between literacy and health. *Annals of Internal Medicine*, **139**. 10. sz. 875–878.
- Ford, N. és Inman, M. (1992): Safer sex in tourist resorts. *World Health Forum*, 13. 77-80.
- Formanek-Balku Eszter (2017): A magyar egészségügyi rendszer teljesítményértékelése 2013-2015 összefoglalója *Egészségfejlesztés*, **58**. 2. sz. 30-31.
- Forrai Judit (2015): A szexualitás kérdései In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest 79-89.
- Freedman, D. A., Bess, K. D., Tuchker, H. A., Boyd, D. L., Tuchman, A. M. és Wallston, K. A. (2009): Public health literacy defined. *Am. J. Prev. Med.* 46, 5.sz.
- French J. (1990): Boundaries and horizons, the role of health education within health promotion. *Health Education Journal*, 49. 7-10.
- Fronteira, I., Oliveira da, S. M., Unzeitig, V., Karro, H., és Temmerman, M. (2009): Sexual and reproductive health of adolescents in Belgium, the Czech Republic, Estonia and Portugal. *European Journal of Contraception Reproductive Health Care*, 14. 215-220.
- Fülöp Emőke (2015): Kockázatok és kihívások a munka világában. A kiégés, In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest 168-176.

- Gábor Edina (2006): Előszó - Az egészségfejlesztésről In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 5–6.
- Gárdai Miklós (1992): *Etika az egészségügyben*. Orvostovábbképző Egyetem. Budapest.
- Gazmararian, J., Curran, J., Parker, R., Bernhardt, J. és DeBuono, B. (2005): Public health literacy in America, an ethical imperative. *American Journal of Preventive Medicine*, **28**. 3. sz. 317–322.
- Gerber, M. és Kauffman, J. M. (1981): Peer tutoring in academic settings. In: Strain, P. S. (szerk.), *The Utilization of Classroom Peers as Behaviour Change Agents*. Plenum Press, New York.
- Gissler, M., Fronteira, I., Jahn, A., Karro, H., Moreau, C., Oliveira da Silva, M. és Hemminki, E. (2012): Terminations of pregnancy in the European Union. *An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, **119**. 3. sz. 324-332.
- Gochman, D. S. (1988, szerk.): *Health behavior*. Plenum Press, New York. 1. fejezet: Health behavior - Plural perspectives. 3–14.  
<http://books.google.hu/books?id=6bkgqiot7Q0C&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=false>
- Gorbai Gabriella Márta (2015): A pozitív érzelmek spirálhatása az egészségmegőrzés szempontjából. *Studia Universitatis Babes-Bolyai, Theologia Reformata Transylvanica*. Jul-Dec2015, **60**. 2. sz., 90-98.
- Graves, V. A. (2005): The unique health needs of young women: Application for occupational health professionals. *Aaohn Journal*, **53**. 7. sz. 320–327.
- Gregson, J. és Kirkman R. (1999): Double Dutch: looking at the usage of combined pill plus condom in girls under 25 *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 4. 45-48.
- Gritz Arnoldné (2007): Az egészségfejlesztés kompetenciái a XXI. században. In: *Egészségfejlesztés*, **48**. 3. sz. 3-9.
- Grossberg, P. M., Tillotson, T. S., Roberts, C. M., Roach, K. J. és Brault, B. A. (1993): Training opinion leaders to promote safer sex. *Journal of American College Health*, 41. 273-274.
- Gyarmathy V. Anna (2002): *Kockázati magatartások és egészségnevelés a magyar középiskolások körében*. Semmelweis Egyetem Doktori Iskola, Doktori értekezés tézisei, New York.
- Győrffy Zsuzsanna, Susánszky Anna, Ádám Szilvia és Dukay-Szabó Szilvia (2013): A 35 év alatti fiatalok párkapcsolati szokásai. Hogyan látják a férfiak, és hogyan a nők? In: Susánszky Éva és Szántó Zsuzsa (szerk.): *Magyar lelkiállapot 2013*. Semmelweis Kiadó, Budapest.
- Hamilton, V. (1992): HIV/AIDS: a peer education approach. *Youth Policy*, 36. 27-31.
- Hamy László és Pucskó József (2008): XV. Primer Prevenció Fórum „környezeti ártalmak és a szaporodás összefüggései” című előadásainak összefoglalói. *Magyar Onkológia Kongresszusi Kiadó*, 52. 201-218.

- Hansen, W. B. és Graham, J. W. (1991): Preventing alcohol, marijuana and cigarette use among adolescents: peer pressure resistance training versus establishing conservative norms. *Preventative Medicine*, 10. 414-430.
- Harris, D. M. és Guten, S. (1979): Health protective behavior: an exploratory study. *Journal of Health and Social Behavior*, 20. 17-29.
- HEA (1993): *Peers in Partnership: HIV/AIDS Education with Young People in the Community*. Health Education Authority, London.
- Helm, C. J., Knipmeyer, C. és Martin, M. R. (1972): Health aides: student involvement in a university health center program. *Journal of American College Health Association*, 20. 246-251.
- Helman, C. G. (2003): *Kultúra, egészség és betegség*. Negyedik kiadás, Medicina, Budapest.
- Henderson, M., Wight, D., Raab, G. M., Abraham, C., Parkes, A., Scott, S., és Hart, G. (2007). Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of cluster randomised trial. *British Medical Journal*, **334**. 7585. sz. 133.
- Herzlich, C. (1973): *Health and Illness: A Social Psychological Analysis*. Academic Press, London.
- Hill, F. (1993): *HIV/AIDS Education in Six Colleges. HIV/AIDS and Sexual Health Programme Paper 14*. Health Education Authority, London.
- Howard, M. és McCabe, J. B. (1990): Helping teenagers postpone sexual involvement. *Family Planning Perspectives*, 22. 21-26.
- Hoyer Mária (2015): Az élethelyzeti stresszel való megküzdés (coping) elmélete és gyakorlata In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 189-196.
- Hudson, M. M., Tyc, V. L., Srivastava, D. K., Gattuso, J., Quargnenti, A., Crom, D. B. és Hinds, P. (2002): Multi-component behavioral intervention to promote health protective behaviors in childhood cancer survivors: The Protect Study. *Medical and pediatric oncology*, **39**. 1. sz. 2-11.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Astin, M., Oliveira da Silva, M., Bloemenkamp, K. W. M. és Temmerman, M. (2006). *REPROSTAT 2: a systematic review of factors associated with teenage pregnancy in the European Union*. University of Aberdeen. Aberdeen, UK.
- Imamura, M., Tucker, J., Hannaford, P., Oliveira da Silva, M., Astin, M., Wyness, L., Bloemenkamp, K. W. M., Jahn, A., Karro, H., Olsen, J. és Temmerman, M. (2007): Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, **17**. 6. sz. 630–636.
- International Organization for Migration (IOM) (2004): *Health and Migration*. International Conference Center Geneva, CICG, Svájc, Genf.

- Iuga-Gombos Márta (2013): Tudásértelmezések és az értékelés viszonya napjainkban. In: Demény Piroska és Fóris-Ferenczi Rita (szerk.): *Pedacta*, **3.** 1. sz.
- Jahn, A., Bloemenkamp, K. W., Hannaford, P., Olsen, J., Da Silva, M. O., és Temmerman, M. (2006): Monitoring reproductive health in Europe - What are the best indicators of reproductive health? *Human Reproduction*, **21.** 9. sz., 2199-2200.
- Jakartai Nyilatkozat (1997): Egészségmegőrzés a XXI. században. In: Kishegyi Júlia és Makara Péter (szerk., 2004): *Egészségfejlesztési módszertani füzetek kiadványsorozat. Az egészségfejlesztés alapelvei (Az egészségfejlesztés alapvető nemzetközi dokumentumai)*. Országos Egészségfejlesztési Intézet, Budapest.
- Janz, N. K. és Becker, M. H. (1984): The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, Spring, **11.** 1. sz. 1-47.
- Járomi Éva (2017): Egészségfejlesztés, betegségmegelőzés – gazdasági elemzés *Egészségfejlesztés*, **58.** 2. sz. 34-37.
- Járomi Éva és Kimmel Zsófia (2017): Komplex egészségfejlesztési beavatkozások lehetséges prevenciós megközelítései *Egészségfejlesztés*, **58.** 2. sz. 20-29.
- Járomi Éva és Vitrai József (2017): Az iskolai egészségfejlesztés hazai és nemzetközi szemléletének bemutatása *Egészségfejlesztés*, **58.** 1. sz. 36-48.
- Jarvis, M. (1993): Peering into health. *Youth Clubs*, Szeptember, 26-28.
- Jay, M. S., DuRant, R. H., Shoffitt, T., Linder, C. W. és Litt, I. F. (1984): Effect of peer counsellors on adolescent compliance in use of oral contraceptives. *Paediatrics*, **73.** 126-131.
- Jenei Ilona (1995): Az autonómia elve a bioetikában. (Kritikai reflexió) In: *Az Eszterházy Károly Tanárképző Főiskola Tudományos Közleményei*. Sectio Philosophia, Eger
- Joint Committee on Health Education Terminology (1991): Report of the 1990 Joint Committee on Health Education Terminology. *Journal of Health Education*, **22.** 2. sz. 99–108.
- Jones, M. (1992): It pays to use peer leaders. *Education and Health*, **10.** 4. sz. 49-54.
- Joó Hajnalka (2017): Palkovics László: Más dolgokat és máshogyan kell megtanítani *HVG on-line*  
[http://hvg.hu/itthon/20170130\\_palkovics\\_laszlo\\_interju\\_klik\\_tanitanek\\_pis\\_a\\_felmeres\\_emmi](http://hvg.hu/itthon/20170130_palkovics_laszlo_interju_klik_tanitanek_pis_a_felmeres_emmi) (utolsó megtekintés: 2017. december 14.)
- K. Nagy Emese (2015): Együttélés és sokféleség. Jut hely mindenkinek kultúrák találkozása, kisebbségek In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 130-143.
- Kapocsi Erzsébet (2008): Egészség és erkölcsi felelősség In: Tarkó Klára és Barabás Katalin (szerk.) (2008): *Egészségfejlesztés a tudományokban. Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely hazai és nemzetközi tudományos munkáiból* JGYFK kiadó, Szeged.

- Kelly, G. A. (1995): *A Theory of Personality-The Psychology of Personal Constructs*. Norton, New York.
- Kelly, J. A., St Lawrence, J. S., Diaz-Yolanda, E., Stevenson, L. Y., Hauth, A. C., Brasfield, T. L., Kalichman, S. C., Smith, J. E. és Andrew, M. E. (1991): HIV risk behaviour reduction following intervention with key opinion leaders of population: an experimental analysis. *American Journal of Public Health*, 81. 186-171.
- Kentler, H. (1970): *Sexualerziehung*. Rowohlt (-Taschenbuch-Verlag.
- Kickbusch, I. (2007): *From policy and practice to beyond. In health literacy: Concept, measurement and practice*. Canadian Council on Learning, Vancouver.
- Kilander, H. F. (1970): *Sex education in the schools*. Collier-Macmillan. London
- King, E. (1993): *Safety in Numbers*. London, Cassell.
- Kippax, S., Conell, R., Dowsett, G. és Crawford, J. (1993): *Sustaining Safer Sex: Gay Communities Respond to AIDS*. Falmer Press, London.
- Kiss Nóra (2016): A mentális, idegrendszeri és szerhasználati zavarok okozta betegségteher kezelése: a Megbetegedések elleni küzdelem prioritásainak (Disease Control Priorities) kulcsüzenetei, 3. kiadás – ismertetés *Egészségfejlesztés*, **57**. 4. sz. 25-28.
- Klee, H. és Reid, P. (1995): *Amphetamine-Misusing Groups: A Feasibility Study of the Use of Peer Group Leaders For Drug Prevention Among Their Associates*. Home Office Drugs Prevention Initiative, London.
- Klein, N. A., Sondag, K. A. és Drolet, J. C. (1994): Understanding volunteer health educators' motivations: applying social learning theory. *Journal of American College Health*, 43. 126-130.
- Klepp, K. I., Halper, A. és Perry, C. L. (1986): The efficacy of peer leaders in drug abuse prevention. *Journal of School Health*, 56. 407-411.
- Knobel, M. (1999): *Everyday Literacies: Students, Discourse and Social Practice*. New York, Peter Lang Publishing.
- Kolbe, L. J. (2005): *A Framework for School Health Programs in the 21st Century*. *Journal of School Health*, **75**. 6. sz. 226–228.
- Kopp Mária (2001a): A magatartástudomány alapkérdései. In: Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): *Magatartás-tudományok*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 15-21.
- Kopp Mária (2001b): Magatartástudományi ember-környezeti rendszerelméleti modell. In: Buda Béla és Kopp Mária (szerk.): *Magatartás-tudományok*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 26-46.
- Korbély Tamás (2001): *A "rejtett tanterv"*  
<http://www.cs.elte.hu/~akos987/Pedagogia/rtanterv.htm>
- Koronczai Beatrix és Demetrovics Zsolt (2015): Szenvedélybetegségek – kémiai és viselkedési addikciók In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 158-166.

- Kortárs Segítő Műhely Alapítvány (2011): „*Fiatalok a fiatalokért*” kortárssegítő – egészségfejlesztő program. <http://www.ksma.hu/ikepzes.html>
- Kósa Karolina (2006a): Az egészség és az egészséget meghatározó tényezők. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 13–17.
- Kósa Karolina (2006b): Lehetőségek a jó egészségi állapot megőrzésére. A megelőzés és az egészségfejlesztés. In: Barabás Katalin (szerk.): *Egészségfejlesztés. Alapismeretek pedagógusok számára*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest, 45–49.
- Kósa Karolina (2010): Van-e hazai közmegegyezés arról, hogy mi az egészségfejlesztés? *Népegészségügy*, **88**. 1. sz. 3-10.
- Kozinszky, Z., Boda, K. és Bártfai, Gy. (2001): Determinants of abortion among women undergoing artificial termination of pregnancy. *Eur J Contracept Reprod Health Care*, **6**. 3. sz. 145–52.
- Kozinszky, Z., Sikovanyecz, J., Devosa, I., Szabó, D., Barabás, K., Pál, A. és Arthur, J. (2012): Determinants of emergency contraceptive use after unprotected intercourse: Who seeks emergency contraception and who seeks abortion? *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, **91**. 8. sz. 959-964.
- Központi Statisztikai Hivatal (KSH) (2016): *Magyarország 2015*. Hungarian Statistical Office; 2016.
- Krieger, N. (2001): Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective *International Journal of Epidemiology*, **30**. 4. sz. 668-677.
- Kubányi J., Breitenbach Z., Raposa L. és Szabó Z. (2017): E3 Energia-egyensúly program Egyetemistáknak *Egészségfejlesztés*, **58**. 1. sz. 55-59.
- Kulcsár Andrea (2015): Amit a védőoltásokról feltétlenül tudni kell In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 92-96.
- Lalonde, M. (1975). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. TRI-graphic printing.
- Lam, H. S., Chow, C. M., Poon, W. T., Lai, C. K., Chan, K. C. A., Yeung, W. L., Chan, A. Y. és Ng, P. C. (2006): Risk of vitamin A toxicity from candy-like chewable vitamin supplements for children. *Pediatrics*, **118**. 2. sz. 820-824.
- Maben, J., és Clark, J. M. (1995): Health promotion: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **22**. 6. sz. 1158-1165.
- Mabray, D., és Labauve, B. J. (2002): A multidimensional approach to sexual education. *Sex Education: Sexuality, Society and Learning*, **2**. 1. sz. 31-44.
- Madarasi Anna, Altmann Anna és Blatniczky László (2015): Krónikus beteg gyermek a családban, közösségben In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest 60-70.

- Magyar Judit (2015): Katasztrófák és lelki traumák ismérvei, kezelésük; különös tekintettel a vörösiszap-katasztrófára In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest 197-205.
- Magyar Közlöny (2012): A Kormány 110/2012. (VI. 4.) Korm. rendelete a Nemzeti alaptanterv kiadásáról, bevezetéséről és alkalmazásáról, Magyar Közlöny 2012. 66. sz. 10635.
- Manganello, J. (2008): Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*, **23**. 5. sz. 840–847.
- Mansour, D., Inki, P. és Gemzell-Danielsson, K. (2010): Efficacy of contraceptive methods: a review of the literature *European Journal of Contraception Reprod Health Care*, 19-31.
- Matson-Koffman, D. M., Brownstein, J. N., Neiner, J. A. és Greaney, M. L. (2005): A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*, **19**. 3. sz. 167–193.
- McCormack, L., Bann, C., Squiers, L., Berkman, N. D., Squire, C., Schilinger, D., Ohene-Frempong, J. és Hibbard, J. (2010): Measuring health literacy: a pilot study of a new skill-based instrument. *J. Health Commun.*, 15. 2. sz. 51-71
- McGuire, W. J. (1968): The nature of attitudes and attitude change. In: Lindzey, G. és Aronson, E. (szerk): *Handbook of Social Psychology*, 1. kötet. Addison-Wesley, Reading, 136-314.
- McGuire, W. J. (1973): Persuasion, resistance, and attitude change. In: Pool, S. P., Frey, F. W., Schramm, W., Maccoby, N. és Parker, E. B. (szerk): *Handbook of Communication*. Rand McNally, Chicago, 216-252.
- McGuire, W. J. (1974): Communication persuasion models for drug education: experimental findings. In: Goodstadt, M. (szerk): *Research Methods and Programmes of Drug Education*. Addiction Research Foundation, Toronto.
- McKegarny, N. és Barnard, B. (1992): *AIDS, Drugs and Sexual Risk: Lives in the Balance*. Open University Press, Buckingham.
- Mechanic, D. (1966/1972): Response factors in illness The study of illness behavior. In: Jaco, E. G. (szerk.): *Patients, physicians and illness: A sourcebook in behavioral science and health*. Free Press, New York. 128-130.
- Mechanic, D. (1978): *Medical sociology: A comprehensive text*. New York, Free Press.
- Meleg Csilla (1997): Életminőség: egészségmegőrzés és egészségfejlesztés. Egy lehetséges iskolai modell. *Új Pedagógiai Szemle*, **47**. 6. sz. 54–60.
- Meleg Csilla (1999): Az iskolarendszer és az oktatás szerepe az egészséggel kapcsolatos ismeretek közvetítésében. *Új Pedagógiai Szemle*, **49**. 4. sz. 64–74.
- Meleg Csilla (2000a): Reflexiók a Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégiákhoz. *Egészségnevelés*, **41**. 5–6. sz. 173–176.

- Meleg Csilla (2000b): Az egészség értékrendszerünkben elfoglalt helye. *Egészségnevelés*, **29**. 4. sz. 155–159.
- Meleg Csilla (2002): Iskolai egészségnevelés: a feladat újrafogalmazása. *Magyar Pedagógia*, **102**. 1. sz. 11–29.
- Metcalf-Wilson, K. (2002): Confidentiality, communication and compliance: The three Cs of female adolescent care. *Lifelines*, **6**. 4. sz. 344–348.
- Michell, L. és West, P. (1996): Peer pressure to smoke-the meaning depends on the method. *Health Education Research*, **11**. 39-46.
- Milburn, K. (1995): A critical review of peer education with young people with special reference to sexual health. *Health Education Research*, **10**. 407-420.
- Miller, W. B. (1958): Lower class culture as a generating milieu of gang delinquency. *Journal of Social Issues*, **14**. 2. sz. 5-19.
- Molnár Csaba (2015): Kommunikáció az egészségről. Az ismeretátadás hatékony megoldásai In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 260-268.
- Morgan, M. és Eiser, R. J. (1990): Smoking, education and peer group influence. In: Foot, H. C., Morgan, M. J. és Shute, H. R. (szerk.): *Children Helping Children*. John Wiley, London, 307-325.
- Murinkó Livia (2010): Mitől lesz valaki felnőtt? A családi szerepek és az önállóvá válás szerepe a felnőtté válásban Magyarországon. *Demográfia*, **1**. 7-37.
- Nagy Barbara (2017): Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget? II. rész: Táplálkozás kultúra és egészség *Egészségfejlesztés*, **58**. 2. sz. 42-46.
- Nagy Judit (2005). Egészségnevelési programok az iskolai egészségfejlesztés szolgálatában. *Magyar Pedagógia*, **4**. 263-282.
- Nagy Lászlóné és Barabás Katalin (2011): Az egészségműveltség és egészségmagatartás diagnosztikus mérési és fejlesztési lehetőségeinek feltárása az 1–6. évfolyamon (6–12 éves korban). In: Csapó Benő és Zsolnai Anikó (szerk.): *Kognitív és affektív fejlődési folyamatok diagnosztikus értékelésének lehetőségei az iskola kezdő szakaszában* Nemzeti Tankönyvkiadó, Budapest, 173-225.
- Naidoo, J. és Wills, J. (1999): *Gyakorlati alapok*. Medicina Könyvkiadó Rt., Budapest.
- Nash, J. (1987): Sparking up-smoking and style in school. *Health Education Journal*, **46**. 152-155.
- Németh Miklósné (2004): Egészségnevelési program az iskolákban. *A Biológia Tanítása*, **12**. 4. sz. 3–11.
- Nielsen-Bohlman, L., Panzer, A. M. és Kindig, D. A. (2004, szerk.): *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. National Academies Press, Washington, D. C. [www.nap.edu](http://www.nap.edu)
- Nutbeam, D. (2000): Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st Century. *Health Promotion International*, **15**. 259–267.



- OEFI (2014): *Pillanatfelvétel a felsőoktatási intézmények egészségfejlesztő tevékenységét támogató magyarországi stratégiákról, meglévőkezdeményezésekről, eredményekről* OEFI, Budapest
- OEK (2016): A bőr- és nemibeteg-gondozók által jelentett, szexuális úton terjedő fertőzések száma 2011. és 2015. években *Bejelentett Szexuális úton terjedő fertőző betegségek, Magyarország*, 1.
- OEK Járványügyi osztály (2016): „A regisztrált HIV-fertőzöttek nemi aránya a verifikálás éve szerint”. *Epinfo*, **23**. 17. sz. 197.
- Oktatási Minisztérium (2004): *Segédlet az iskolai egészségnevelési, egészségfejlesztési program elkészítéséhez*. OM, Budapest.
- Ottawai Egészségfejlesztési Charta (1986): *Nemzetközi Egészségfejlesztési Konferencia*. Ottawa, 1986. november 17-21.
- Part, K., Moreau, C., Donati, S., Gissler, M., Fronteira, I., és Karro, H. (2013): Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, **92**. 12. sz. 1395-1406.
- Paulik Edit (2017a): *A szűrővizsgálatokkal kapcsolatos ismeretek és attitűdök – kutatási projekt* <http://tudasterkep.szte.hu/projects/a-szuovizsgalatokkal-kapcsolatos-ismeretek-es-attitudok>
- Paulik Edit (2017b): *A dohányzás és a dohányzás abbahagyás társadalmi meghatározói - kutatási projekt*. <http://tudasterkep.szte.hu/projects/a-dohanyzas-es-a-dohanyzas-abbahagyas-tarsadalmi-meghatarozoi>
- Paulovkin Boglárka (2015): Képekkel, formákkal beszélni. Gondolkodás, alkotás, megértés a látás nyelvén In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest 235-245
- Peck, C. A., Cooke, T. P. és Apolloni, T. (1981): Utilization of peer imitation in therapeutic and instructional contexts. In: Strain, P. S. (szerk.): *The Utilization of Classroom Peers as Behaviour Change Agents*. Plenum Press, New York, 69-99.
- Peers, I. S., Ledwith, F. és Johnston, M. (1993): *Community Youth Project HIV/AIDS*. University of Manchester School of Education Report to the Health Education Authority.
- Perry, C. L. (1989): Prevention of alcohol use and abuse in adolescents: teachers versus peer led intervention. *Crisis*, 10. 52-61.
- Perry, C. L. és Grant, M. (1988): Comparing peer-led to teacher-led youth alcohol education in four countries. *Alcohol Health and Research World*, 12. 332-326.
- Perry, C. L. és Sieving, R. (1993): *Peer Involvement in Global AIDS Prevention among Adolescents*. University of Minnesota/World Health Organisation.
- Perry, C. L., Telch, M. J., Killen, J., Burke, A. és Maccoby, N. (1983): High school smoking prevention: the relative efficacy of varied treatments and instructors. *Adolescence*, 18. 561-566.

- Petróczi Erzsébet (2003): Pedagógusok és a munkahelyi stressz. I., II. *Új Katedra*, szeptember-október.
- Petróczi Erzsébet (2007): *Kiegészítés - elkerülhetetlen?* Eötvös József Kiadó, Budapest.
- Petróczi Erzsébet, Fazekas Márta, Tombácz Zsuzsanna és Zimányi Mária (1999): A kiegészítés jelensége pedagógusoknál. *Magyar Pszichológiai Szemle*, **54.** 3. sz. 429-441.
- Petzen, J. (2012). Contesting Europe: A call for an anti-modern sexual politics. *European Journal of Women's Studies*, **19.** 1. sz. 97-114.
- Phelps, F. A., Mellanby, A. R., Crichton, N. J. és Tripp, J. H. (1994): Sex education: the effect of a peer programme on pupils (aged 13-14 years) and their peer leaders. *Health Education Journal*, **53.** 127-139.
- Piaget, J. (1977): *The Grasp of Consciousness: Action and concept in the young child*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Piczil Márta (2009): *Az ápolói hivatás magatartástudományi vizsgálata és egészségvédelme*. PhD értekezés. Szegedi Tudományegyetem Neveléstudományi Doktori Iskola, Szeged.
- Pikó Bettina (2005): *Lelki egészség a modern társadalomban*. Akadémiai Kiadó, Budapest.
- Pomázi István (2010): A társadalmi haladás mérése Statisztikai Szemle, **88.** 3. sz. 221-235.
- Pozsvai Dóra (2015): Egyedül a többiekkel szemben: kortárs bántalmazás In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest 206-214.
- Protherore, J., Wallace, L. S., Rowlands, G. és DeVoe, J. E. (2009): Health literacy: setting an international collaborative research agenda. *BMC Family Practice*, **10.** 51. sz. <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/10/51>
- Purebl György (2015): Alvás és egészség In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 82-91.
- Quesnel-Vallée, A. (2007). Self-rated health: caught in the crossfire of the quest for 'true' health?. *International Journal of Epidemiology*, **36.** 6. sz. 1161-1164.
- Raphael, D. (2006): Social determinants of health: present status, unanswered questions, and future directions. *International Journal of Health Services*, **36.** 4. sz. 651-677.
- Ratzan, S. C. (2001) Health literacy: communication for the public good. *Health Promotion International*, **16.** 207-214.
- Regis, D. (1996): Peer tutoring seems to work-but why? *Education and Health*, **13.** 75-78.
- Reznek, L. (1987): *The nature of disease* Routledge és Kegan Paul, New York
- Rhodes, T. (1994): HIV outreach, peer education and community change: developments and dilemmas. *Health Education Journal*, **53.** 9-99.
- Rogers, E. M. (1983): *Diffusion of Innovations*, 3rd edn. Free Press, New York.

- Rogers, E. M. és Shoemaker, F. F. (1971): *Communication of Innovations*. Free Press, New York.
- Rootman, I. és Gordon-El-Bihbety, D. (2008): A Vision for a Health Literate Canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy. Canadian Public Health Association, Ottawa.
- Rosenstock, I. (1974a). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, **2**. 4. sz.
- Rosenstock, I. M. (1974b). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education és Behavior*, **2**. 4. sz. 354-386.
- Rudd, R. E., Anderson, J. E., Oppenheimer, S. és Nath, C. (2007): *Health literacy: An Update of Medical and Public Health Literature*. [http://www.ncsall.net/fileadmin/resources/ann\\_rev/rall\\_v7\\_ch6.pdf](http://www.ncsall.net/fileadmin/resources/ann_rev/rall_v7_ch6.pdf)
- Rudd, R. E., Moeykens, B.A. és Colton T. (1999): Health and Literacy: A review of the medical and public health literature, chapter 5. In: Comings JP, Smith C, Garner B (szerk.): *Annual Review of Adult Learning and Literacy*. San Francisco, Josey-Bass, 158-199.
- Sanders, J. A., és Wiseman, R. L. (1990). The effects of verbal and nonverbal teacher immediacy on perceived cognitive, affective, and behavioral learning in the multicultural classroom. *Communication Education*, **39**. 4. sz. 341-353.
- Sarbin, T. R. és Allen, V. L. (1968): Role theory. In: Lindzey, G. and Aronson, E. (szerk.): *Handbook of Social Psychology, Vol. I*. Addison-Wesley, Reading, 488-567.
- Scarbath, H. (1970): Emanzipation. In: Walter Horney, Johann Peter Ruppert und Walter Schultze. *Pädagogisches Lexikon. I.*, Bertelsmann Verlag, Gütersloh, 673-674.
- Schillinger, D., Grymbach, K., Piette, J., Wang, F., Osmond, D., Daher, C. és mtsai (2002): Association of health literacy with diabetes outcomes. *Journal of the American Medical Association*, **288**. 4. sz. 475-482.
- Schmatovich Mária (2012): A káros szenvedélyek vizsgálata a Hunyadi középiskolában *Hallgatói szakdolgozatok*, Debreceni Tudományegyetem <http://hdl.handle.net/2437/129625>
- Schmidt Péter és Veszprémi Károlyné (2017): Magyarország 2025-ben és kitekintés 2050-re. *Egészségfejlesztés*, **58**. 2. sz. 52-56.
- Schneider, M. és Stokols, D. (2009): Multilevel Theories of Behavior Change: A Social Ecological Framework. In: Shumaker, S. A., Ockene, J. K. és Riekert, K. A. (szerk.): *The Handbook of Health Behavior Change*. 3. kiadás. Springer Publishing Company, LLC, New York.
- Scott, P. (1997): How gay men's activism gets written out of AIDS prevention. In: Oppenheimer, J. és Beckitt, H. (szerk.): *Acting on AIDS: Sex, Drugs and Politics*. Serpents Tail, London.
- Seedhouse, D. (1995): 'Well-being': health promotion's red herring. *Health Promotion International*, **10**. 1. sz. 61-67.

- Selber, S. A. (2004): *Multiliteracies for Digital Age*. SIU Press.
- Senge, P. (1990): *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Random House, London.
- Shiffman, J. (2009): A social explanation for the rise and fall of global health issues. *Bulletin of the World Health Organization*, 87, 8. sz.
- Sielert, U. (2007): Sexualerziehung und Sexualpädagogik in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*. **50**. 1. sz. 68-77.
- Simich Rita és Fábián Róbert (2010): *Iskola - egészségfejlesztés – szexedukáció. Veszélyeztetett korú diákok prevenció igényei és szükségletei*. Országos Egészségfejlesztési Intézet.
- Simon Tamás (2006a): Mennyiben ügye az egészség az egészségügynek? *Egészségfejlesztés* **47**. 4. sz. 2.
- Simon Tamás (2006b): Az egészségérték-gazdálkodás kialakítása mint elsődleges egészségfejlesztési feladat. *Egészségfejlesztés*, **47**. 1-2. sz. 2.
- Simon Tamás (2007): Egészséged gazdagítva épít biztos jövőt! (Egészségügyi Világnap 2007. április 7). *Egészségfejlesztés*, **48**. 3. sz. 2.
- Simon Tamás és Molnárné Garbacz Anna (2000): Kortársképzés, kortárssegítés a képzéseket vezető orvostanhallgatók jelentései alapján. *Egészségnevelés*, 41. 145-147.
- Simon Tamás és Székely Lajos (2006): Milyen szerepre vállakozhat az egészségnevelés a második évezredben? *Egészségfejlesztés*, **51**. 1-2. sz. 2-10.
- Simon Tamás, Cser Zsolt, Domsits Károly, Földiné Nagy Judit, Gyurkovics Krisztina, Kiss Ildikó, Marek Péter, Molnár Annamária és Reichardné Csiszlér Judit (2007): Szülőkorú felnőttek ismeretei az egészséges életmódról 2007 tavaszán. *Egészségfejlesztés*, **48**. 5-6. sz. 2-6.
- Skinner, B. F. (1985): Cognitive science and behaviourism. *British Journal of Psychology*, 76. 291-301.
- Smith, B. (2004). Health literacy: A new perspective on an old problem. *Social Marketing Quarterly*, **10**. 3-4. sz. 69-72.
- Somers, C. L. és Surmann, A. T. (2005): Sources and timing of sex education: Relations with American adolescent sexual attitudes and behaviour. *Educational Review*, **57**. 1. sz. 37-54.
- Somhegyi Annamária (2015): Mozgás, testtartás, tánc. mindennapi gerincvédelem In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 37-47.
- Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, **12**. 1. sz., 80.
- Speros, C. (2005): Health literacy: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, **50**. 6.sz. 633-640.

- Squiers L., Peinado S., Berkman N., Boudewyns V., McCormack L. (2012): The health literacy skills framework. *Journal of Health Communication*, **17**. 3. sz. 30-54.
- St. Leger, L. (2001): Schools, health literacy and Possibilities and Challenges. *Health Promotion International*, **16**. 2. sz. 197–205.
- Stephenson, J. M., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., és mtsai (2004): Pupil-led sex education in England (RIPPLE study): clusterrandomised intervention trial. *Lancet*, 364. 338-46.
- Suchman, E. A. (1965/1972): Stages of illness and medical care. In: E. G. Jaco (szerk.): *Patients, physicians and illness. A sourcebook in behavioral science and health*. New York, Free Press, 155-171.
- Susánszky Éva és Szántó Zsuzsa (szerk.) (2013): *Magyar lelkiállapot 2013* Semmelweis Kiadó és Multimédia Stúdió, Budapest
- Sutherland, E. H. és Cressy, D. R. (1960): *Principles of Criminology*. Lippincott, Philadelphia.
- Syme, L. (2002): Promoting health, preventing disease. *Social Marketing Quarterly*, 8. 64–66.
- Szabó Éva (1999): A „kedves”, az „okos” és a „gonosz”, avagy a kedvelt és a nem kedvelt tanár képének jellemzői. *Alkalmazott pszichológia*, **1**. 1. sz. 31-41.
- Szabó Katalin és Pikó Bettina (2017): Az étkezési magatartás összefüggése az ételválasztási motivációkkal és egyes személyiségbeli jellemzőkkel középiskolások körében *Egészségfejlesztés*, **58**. 2. sz. 5–16
- Szabó László Tamás (1988): *A rejtett tanterv* Magvető, Budapest
- Székely Lajos (2000): Nemzeti Egészségfejlesztési Stratégia az egészségnevelő szemével I., II. és III. rész. *Egészségnevelés*, **41**. 3. sz. 65–73., 4. sz. 113–123., 5–6. sz. 161–172.
- Szilágyi Vilmos (2003): *A szexuális nevelés európai programja*. ELTE Pedagógiai és Pszichológiai Kar, Iskolaszichológiai Tanszék. <http://iskpszi.elte.hu/wp-content/uploads/2011/05/Szil%C3%A1gyi-V.-A-szex.-nevel%C3%A9s-eur%C3%B3pai-programja-1.pdf>
- Szilágyi Vilmos (2004): *Szexológiai dokumentumok*. Magánélet Kultúra Alapítvány, Budapest.
- Szilágyi Vilmos (2011): Szexuális nevelés nálunk és másutt. *Új Pedagógiai Szemle*, 10. sz. 104-107.
- Tamásné Marek Andrea és Simon Tamás (2011): A „családi életre nevelés” mint kulcsfontosságú, nemzetmentő nevelési terület tanításának lehetőségei. *Egészségfejlesztés*, **52**. 1-2. sz. 16-21.
- Tarkó Klára (2008): Téka In: Tarkó Klára és Barabás Katalin (szerk.) (2008): *Egészségfejlesztés a tudományokban. Szemelvények a Szegedi Egészségfejlesztő Műhely hazai és nemzetközi tudományos munkáiból* JGYFK kiadó, Szeged.

- Telch, M. J., Miller, L. M., Killen, J. D., Cooke, S. és Maccoby, N. (1990): Social influences approach to smoking prevention: the effects of a video tape delivery with and without same age peer leader participation. *Addictive Behaviours*, 15. 21-28.
- Temmerman, M., Foster, L. B., Hannaford, P., Cattaneo, A., Olsen, J. és Bloemenkamp, K. W. (2006): Reproductive health indicators in the European Union: The REPROSTAT project. *European Journal of Obstetric and Gynecology Reproductive Biology*, 126. 3-10.
- Tett, L., Hall, S., Maclachlan, K., Thorpe, G., Edwards, V., és Garside, L. (2006): *Evaluation of the Scottish adult literacy and numeracy (ALN) strategy: final report*. Scottish Executive, Edinburgh.
- Thiede, M. (2005): Information and access to health care: is there a role for trust? *Social science és medicine*, **61**. 7. sz. 1452-1462.
- Thompson, I. E., Melia, K.M és Bloyd, K. M. (1999) *Egészségmegőrzés. Gyakorlati alapok*. Medicina. Budapest.
- Tompa Anna (2015): Mindennapi mérgeink In: Falus András (szerk.): *Sokszínű Egészségtudatosság* Spingmed kiadó, Budapest, 47-59.
- Tones, B. K. és Tilford, S. (1994): *Health Education: Effectiveness Efficiency and Equity*. Chapman és Hall, London.
- Tóth Lászlóné (2005): *Egészségpedagógia* Egészségügyi Szakképző és Továbbképző Intézet, Budapest
- Tudiver, F., Myers, T., Kurtz, R. G., Orr, K., Rowe, C., Jackson, E. és Bullock, S. (1992): The Talking Sex Project: results of a randomized trial of small-group AIDS education for 612 gay and bisexual men. *Evaluation and the Health Professions*, 15. 25-42.
- Turner, G. és Sheperd J. (1999): A method in search of a theory: peer education and health promotion. Health Education Research. *Theory and Practice*, **14**. 2. sz. 235-247.
- Újházy, A., Csaba, A., Máté, S., Papp, Z. és Sziller, I. (2007): Chlamydia prevalence and correlates among female adolescents in Hungary. *J Adolesc Health*, 41. 513-5.
- Utasi Ágnes (2013): *Köteléken. Szolidaritás-hálók és közélet*. Belvedere – MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Szeged
- Valdeserri, R. O., Lyter, D. W., Leviton, L. C., Callahan, C. M., Kingsley, L. A. és Rinaldo, C. R. (1989): AIDS prevention in homosexual and bisexual men: results of a randomized trial evaluating two risk reduction interventions. *AIDS*, 1. 21-26.
- Vanya Melinda és Devosa Iván (2016): Clinical management of polycystic ovary syndrome In: Devosa Iván, Maródi Ágnes, Buzás Zsuzsanna, Steklács János (szerk.): *Health - Economy -Art. HEART 2016: Program and abstracts of the conferece / A konferencia programja és absztraktjai*. Kecskeméti Főiskola Tanítóképző Főiskolai Kar, Kecskemét, 10.

- Várnai D., Zsíros E. és Németh Á. (2017): A kortársbántalmazás (bullying) mint népegészségügyi probléma. *Egészségfejlesztés*, **57.** 4. sz. 12-24.
- Varsányi Péter (2017): Megjelent az Egészségjelentés 2016. *Egészségfejlesztés*, **58.** 2.sz. 32-33
- Veatch, R. M (1989) Lebensstil, Gesundheitsrisiko und Solidarität. In: Sass, H. M. (1989, ed.): *Medizin und Ethik*. Recalm Verlag, Stuttgart.
- Vingilis E. és Sarkella, J. (1997): Determinants and indicators of health and well-being: tools for educating society *Social Indicators Research*, **40.** 159-178.
- Vitrai József (2017): Hogyan befolyásolja a kultúra az egészséget és a jóllétet? I. rész: az egészség kulturális beágyazottsága *Egészségfejlesztés*, **58.** 2. sz. 38-41.
- Von Sadovszky, V., Kleck Kover, C., Brown, C. és Armbruster, M. (2006): The need for sexual health information: Perceptions and desires of young adults. *MCN*, **31.** 6. sz. 373–379.
- Wagner, L. (1982): *Peer Teaching: Historical Perspectives*. Greenwood, Westport, CT.
- Ward, L. M. (2003): Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: A review of empirical research. *Developmental Review*, **23.** 3. sz. 347-388.
- Wehkamp, K. (2008): Verantwortung und Verantwortungsdiskurs im Gesundheitswesen [http://web.ev-akademie-tutzing.de/cms/get\\_it.php?ID=174](http://web.ev-akademie-tutzing.de/cms/get_it.php?ID=174) (Utolsó megnyitás: 2016.02.22.)
- West, P. és Mitchell, L. (1995): Smoking and peer influence. In: Goreczny, A. L. and Hersen, N. (szerk): *Handbook of Paediatric and Adolescent Health Psychology*. Allyn and Bacon, Needham Heights, MA.
- Wharf Higgins, J., Begoray, D. és MacDonald, M. (2009): A Social Ecological Conceptual Framework for Understanding Adolescent Health Literacy in the Health Education Classroom. *Am J. Community Psychol*, **44.** 350–362.
- WHO (1946): *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York, 1946. június 19-22.
- WHO (1984): *Vitaindító dokumentum. Az egészségfejlesztés*. Koppenhága.
- WHO (1998): *Health Promotion Glossary* Genf.
- WHO (2004): Ajánlások a szexuális egészség védelmére. In: *Szexológiai Dokumentumok*. 2004, Magánéleti kultúra Alapítvány, 134-169.
- WHO (2010): Az európai szexuális nevelés irányelvei. Vázlat a politikusok, nevelési és egészségügyi intézmények és szakemberek részére. [http://www.szexualpszichologia.hu/who\\_iranyelvei.html](http://www.szexualpszichologia.hu/who_iranyelvei.html) (Utolsó megnyitás: 2016.05.17.)
- Wiist, W. H. és Snider, G. (1991): Peer education in friendship cliques: prevention of adolescent smoking. *Health Education Research*, **6.** 101-108.
- Williams, J. A. (2010): Learning differences: Sex-role stereotyping in single-sex public education. *Harvard Journal of Law és Gender*, **33.** 555.

- Wilton, T., Keeble, S., Doyal, L. és Walsh, A. (1995): *The Effectiveness of Peer Education in Health Promotion: Theory and Practice*. Faculty of Health and Community Studies, University of the West of England.
- Woodcock, A., Stenner, K. és Ingham, R. (1992): All these contraceptives, videos and that... Young people talking about school sex education. *Health Education Research*, 7. 517- 531.
- Zarcadoolas, C., Pleasant, A. és Greer, D. (2006): *Advancing health literacy: A framework for understanding and action*. Jossey-Bass, San Francisco.
- Zhang, K. (2011): Sexual and Reproductive Health in China: Reorienting Concepts and Metodology. *Social Scientific Studies in Reform Era China*, 8. Brill.
- Zipf, G. K. (1949): *Human behavior and the principle of least effort*. Addison-Wesley Press, Oxford, England.
- Zonda, T., és Paksi, B. (2006). Adatok a vallásosság protektív szerepéhez a testi és lelki egészségben. *Mentálhigiéné és Pszichoszomatika*, 7. 1. sz. 1-13.



# Ábrajegyzék

1. ábra. Szociális ökológiai modell alkalmazása az egészségműveltségre ( <i>Wharf Higgins, Begoray és MacDonald, 2009</i> idézi Nagy és Barabás, 2011) .....	19
2. ábra. Egy integrált modell a magatartás előrejelzéséhez ( <i>Fishbein és Yzer, 2003</i> ) .....	32
3. ábra. A bőr- és nemibeteg-gondozók által jelentett, szexuális úton terjedő fertőzések száma, 2011. és 2015. években, Magyarországon ( <i>OEK, 2016</i> ) .....	58
4. ábra. A bejelentett, szexuális úton terjedő fertőzések száma, 2011. és 2015. években, nemek szerint, Magyarországon ( <i>OEK, 2016</i> ).....	59
5. ábra. A bejelentett, szexuális úton terjedő fertőzések száma, 2011. és 2015. években, korcsoport szerint, Magyarországon ( <i>OEK, 2016</i> ) .....	60
6. ábra. Regressziós analízis eredménye .....	78
7. ábra. A felvilágosítási típusok aránya, amelyekről többet szerettek volna hallani. ....	112
8. ábra. Tudásbővülés mértéke (százalékban) .....	114
9. ábra. A regisztrált HIV-fertőzöttek nemi aránya a verifikálás éve szerint ( <i>OEK Járványügyi osztály, 2016</i> ).....	116
10. ábra. A komplex egészségnevelési program három egymásra épülő szintje ( <i>Feith, Melicher és Falus, 2015</i> ) .....	126
11. ábra. Az egészségműveltség integrált modellje ( <i>Sørensen és mtsai, 2012</i> )	128
12. ábra. „A népegészségügyi ciklus” ( <i>Ádány, 2011</i> ) .....	129
13. ábra. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program ciklusa .....	130
14. ábra. Az egészségfejlesztéshez kapcsolódó kurzusok ( <i>Devosa, 2016c</i> ).....	131

15. ábra. 2016 tavaszi PAE-PK EEK Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő Program Előadói Igazolólap (EI) .....	132
16. ábra. NAT összefoglaló a szexualitással kapcsolatos ismeretátadással kapcsolatban ( <i>Magyar Közlöny</i> , 2012).....	133
17. ábra. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program szinterei, résztvevői és hatásláncolata ( <i>Devosa</i> , 2016b).....	135
18. ábra. Az Ariadné Többgenerációs Egészségfejlesztő program folyamatábrája ( <i>Devosa</i> , 2016b) .....	138
19. ábra. Az egészségfejlesztő egyetem akcióterve ( <i>Doors in Barabás</i> , 2010)	145
20. ábra. Az R4A („Real Randomization for Representative Research Application”) IDE felülete generálás után (N=255 fővel, GN=5 bontott csoportra) .....	211
21. ábra. Az R4A outputja a Microsoft Excel 2016-ban automatikus megnyitás után .....	212

## Táblázatok jegyzéke

1. táblázat. Az életkor és az első közösülés korának vizsgálata a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében .....	66
2. táblázat. Szociodemográfiai adatok összehasonlító vizsgálata a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében .....	67
3. táblázat. A nemi úton terjedő betegségekről kapott információk megléte és hiánya az iskolai felvilágosítás során a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében.....	68
4. táblázat. A szexuális kérdésekkel, óvszerhasználattal kapcsolatos információforrások felsorolása.....	69
5. táblázat. A fogamzásgátló eszköz megnevezése az első szexuális együttlét során .....	70
6. táblázat. A HIV-fertőzéssel kapcsolatos kérdések .....	71
7. táblázat. A szexuális úton terjedő betegségek átvitelének ismerete .....	72
8. táblázat. A leghatékonyabbnak vélt fogamzásgátlási módszer .....	73
9. táblázat. A korábbi terhesség-megszakítás vizsgálata a kockázatvállalók és az állandó partnerrel rendelkezők esetében .....	74
10. táblázat. A szexuális partnerek száma .....	74
11. táblázat. A szexuális együttlét gyakorisága.....	75
12. táblázat. A biztonságosnak vélt fogamzásgátló módszerek .....	76
13. táblázat. Az óvszerhasználat elhanyagolásának okai .....	77
14. táblázat. A szexuális egészségfejlesztésre vonatkozó információforrások megbízhatóságának megoszlása .....	80
15. táblázat. Szociodemográfiai adatok 1.....	81

16. táblázat. Szocioemográfiai adatok 2.....	82
17. táblázat. Szexuális attitűdre vonatkozó kérdések .....	83
18. táblázat. Szexuális információforrások .....	84
19. táblázat. A szexuális problémák megtárgyalása.....	85
20. táblázat. Párkapcsolati típusok megoszlása.....	86
21. táblázat. A szexuális nevelés hatáskörének megoszlása .....	87
22. táblázat. A szexuális kultúrára, magatartásra vonatkozó kérdések .....	88
23. táblázat. HIV átvihetőségére vonatkozó ismeretek .....	89
24. táblázat. A nemi úton terjedő betegségek ismerete .....	91
25. táblázat. Az STI-k elleni védelem ismeretének specifikumai .....	92
26. táblázat. A szexuális úton megszerzett fertőzés neve.....	93
27. táblázat. A STI-k ellen legmegbízhatóbbnak tartott módszerek megoszlása	94
28. táblázat. Az STI-k elleni védelem ismeretének specifikuma .....	95
29. táblázat. A fogamzásgátlók megbízhatósági aránya.....	96
30. táblázat. Az óvszerrel kapcsolatos kérdések .....	98
31. táblázat. A pesszárium ismerete és használata .....	99
32. táblázat. A megkérdezett személy véleménye a pesszáriumról.....	100
33. táblázat. A partner véleménye a pesszáriumról.....	101
34. táblázat. Az EC szedésre és a nem megfelelő védekezésre vonatkozó specifikumok .....	102
35. táblázat. Az abortuszra vonatkozó egyéb kérdések.....	102
36. táblázat. Szexuális partnerek számának vizsgálata .....	103
37. táblázat. Több szexuális partnerrel rendelkezők számának vizsgálata.....	104

38. táblázat. Az elmúlt 1 év szexuális együttléteinek gyakorisága .....	105
39. táblázat. A védekezés megoszlása a partnerek között .....	106
40. táblázat. Védekezési módszer az elmúlt egy évben .....	107
41. táblázat. A jelenlegi védekezési módszer .....	108
42. táblázat. A nőgyógyászhoz/urológushoz járás gyakorisága .....	109
43. táblázat. Részesült kortárs egészségfejlesztő általi felvilágosításban. ....	110
44. táblázat. Felvilágosító óra típusa. ....	111
45. táblázat. A felvilágosítás kapcsolatos kérdések .....	113
46. táblázat. Hipotézisek beigazolódása – összefoglaló táblázat .....	120



7. Injekciók	<input type="text"/>
8. Passzívum, hab vagy zselé	<input type="text"/>
9. Más módszer	<input type="text"/>
10. ... Válaszd ki azon módszer számjelét, amelyet a leghatasosabbnak gondolsz	<input type="text"/>
11. Tudsz arról, hogy a szexuális úton terjedő betegségek ellen lehet ani? 1. Igen 2. Nem	<input type="text"/>
12. Milyen módszerekkel védekezhetsz a szexuális úton terjedő betegségek ellen? (Kérünk, válaszold meg!)	<input type="text"/>
1. Kondomi gumik	<input type="text"/>
2. tartózkodás a szexuális	<input type="text"/>
3. fogamzásgátló tabletta	<input type="text"/>
4. orális (a száj használatával) közösülés	<input type="text"/>
5. megszakított közösülés	<input type="text"/>
6. méhen belüli eszköz	<input type="text"/>

13. Jelezd, hogy az alábbi állítások közül szívesen melyik-IGAZ- vagy HAMIS?	<input type="text"/>
a) Lehetséges a HIV/ferdész kórázatát csökkenteni, ha minden egyes szexuális kapcsolat előtt használunk préselt kondont	<input type="text"/>
b) Lehetséges a HIV/ferdész kórázatát csökkenteni, ha csak egyetlen olyan szexuális partnerrel folytatunk szexuális kapcsolatot, aki nem fertőzött, és hűségese hozzá	<input type="text"/>
c) Lehetséges megkapni a HIV/ferdész kórázatát csökkenteni, ha olyan tűt/ferdendőt használunk, valaki más korábban már használt	<input type="text"/>
d) Meg lehet kapni a HIV/ferdész kórázatát csökkenteni, ha nem használunk préselt kondont	<input type="text"/>
e) Egy egészségesnek látott személy is lehet HIV-vel fertőzött	<input type="text"/>
14. Kérjük, osztályozd a saját tudásod és a további ismeretek szükségességét az alábbi kérdésekben!	<input type="text"/>
5. Mindent tudok. 4. Eleget tudok. 3. Kevésbé tudok. 2. Hallottam valamit, de nem vagyok biztos benne. 1. Semmit sem tudok. 0. Ennél még soha nem hallottam	<input type="text"/>
Sexuális jogok	<input type="text"/>
Romantikussági kapcsolatok	<input type="text"/>
Testi fejlődés serdülőkorban	<input type="text"/>
Homoszexualitás	<input type="text"/>
Sexuális úton terjedő betegségek és HIV	<input type="text"/>
Sexuális úton terjedő betegségek és HIV kezelése/gyógyítása	<input type="text"/>

16. Volt már romantikus/szerelmi kapcsolatod, volt már barátod vagy barátod? 1) Igen.....2) Nem.....	<input type="text"/>
17. "Lefeküdtél" már valakivel? 1. Igen 2. Nem - Folytasd a 27. kérdéssel	<input type="text" value="1"/>
18. Hány éves voltál, amikor először lefeküdtél valakivel? .....1..... 11- éves..... vagy fiatalabb .....12- éves .....13- éves .....14- éves .....15- éves .....16- éves .....17- éves .....18- éves .....19- éves .....20- éves .....21- éves .....22- éves .....23- éves .....24- éves .....25- éves .....26- éves .....27- éves .....28- éves .....29- éves .....30- éves .....31- éves .....32- éves .....33- éves .....34- éves .....35- éves .....36- éves .....37- éves .....38- éves .....39- éves .....40- éves .....41- éves .....42- éves .....43- éves .....44- éves .....45- éves .....46- éves .....47- éves .....48- éves .....49- éves .....50- éves .....51- éves .....52- éves .....53- éves .....54- éves .....55- éves .....56- éves .....57- éves .....58- éves .....59- éves .....60- éves .....61- éves .....62- éves .....63- éves .....64- éves .....65- éves .....66- éves .....67- éves .....68- éves .....69- éves .....70- éves .....71- éves .....72- éves .....73- éves .....74- éves .....75- éves .....76- éves .....77- éves .....78- éves .....79- éves .....80- éves .....81- éves .....82- éves .....83- éves .....84- éves .....85- éves .....86- éves .....87- éves .....88- éves .....89- éves .....90- éves .....91- éves .....92- éves .....93- éves .....94- éves .....95- éves .....96- éves .....97- éves .....98- éves .....99- éves .....100- éves	<input type="text"/>
19. A legelső alkalommal milyen védekezést használtatok (Te és/vagy a partnered) annak érdekében, hogy megelőzzétek a terhességet? Több választ is lehetséges! 1) Igen.....2) Nem.....	<input type="text"/>
a) Tabletta	<input type="text"/>
b) Kondom/gumi	<input type="text"/>
c) Magszakított közösülés	<input type="text"/>
d) Esemény utáni tabletta	<input type="text"/>
e) Méhen belüli eszköz (IUD)	<input type="text"/>
f) Naplár-módszer	<input type="text"/>

Nem kívánt terhesség megelőzése	<input type="text"/>
Fogamzásgátló módszerek	<input type="text"/>
14B. Mit gondolsz: 1) Igen.....2) Nem.....	<input type="text"/>
szükség van még további ismeretre?	<input type="text"/>
Szexuális jogok	<input type="text"/>
Romantikus/szerelmi kapcsolatok	<input type="text"/>
Testi fejlődés serdülőkorban	<input type="text"/>
Homoszexualitás	<input type="text"/>
Szexuális úton terjedő betegségek és HIV	<input type="text"/>
Szexuális úton terjedő betegségek és HIV megelőzése	<input type="text"/>
Nem kívánt terhesség megelőzése	<input type="text"/>
Fogamzásgátló módszerek	<input type="text"/>
15. Hány éves voltál, amikor először hallottál/olvastál arról, hogyan kell szexuális kapcsolatot létesíteni egy partnerrel?	<input type="text"/>
III. SZEMÉLYES TAPASZTALATOK	<input type="text"/>



g) Híjakód	<input type="text"/>
h) Passzárúm, hab. zsebkártya	<input type="text"/>
i) Más módszer	<input type="text"/>
j) Nem tudom, nem emlékszem	<input type="text"/>
k) Nem használunk semmiféle védekezést	<input type="text"/>
20. Ha ti (Te vagy a partnered) nem használátok semmiféle védekezést, miért nem használátok?	<input type="text"/>
1. Nem tudok, hogy védekeznünk kellene	.....
2. Nem voltunk felkészülve az alkalmazni aktusra	.....
3. Egyéb	.....
21. Milyen szexuálisan aktív vagy, mennyire következetesen védekezel?	<input type="text"/>
1. Minden alkalommal védekezel vagy a partnered védekezik - Folytasd a 23. kérdéssel	.....
2. Legtöbbször Te vagy a partnered védekezik	.....
3. Időnként	.....
4. Elvéve	.....
5. Soha	.....
22. Ha ti (Te és a partnered) nem mindig védekeztetek, akkor miért nem? A következőket tudjuk, hogy védekeztünk: (továbbra is)	<input type="text"/>
Nem tudunk, hogy védekeztünk	.....
Nem voltunk felkészülve az alkalmazni aktusra	.....
23. Az a fogamzásgátló módszer, amelyet Te vagy a partnered használ, elterjedt a szomszédok között? Ha nem, akkor miért nem? Ha igen, akkor milyen gyakran használják? Ha a 25. kérdéssel felük folytatásuk a 27. kérdéssel	<input type="text"/>
2. Nem, nehéz fogamzásgátlót beszerezni	.....
24. Miert nem tudsz könnyen fogamzásgátlót beszerezni? (Több válasz is lehetséges)	<input type="text"/>
Az árak túl magasak	.....
Kínos helyzet a fogamzásgátló vásárlása során	.....
Nem akarom, hogy a szülőim meg tudják, hogy szexuális életet élek	.....

A. megfélemlítő	fogamzásgátló	nem	kapható	mindenütt
B.				
<p>CSAK LÁNYOKNAK</p> <p>25. Voltál már terhes?</p> <p>1) Igen 2) Nem - Folytasd a 27. kérdéssel</p>				
<p>LÁNYOKNAK</p> <p>Ha voltál már terhes, az hogyan végződött?</p> <p>1. Spontán módon - korán - Művi megszakítás - kíváncsi választás</p> <p>Megszületett - befejeződött - abortusz</p>				
<p>INNEN MÁR FÜKKENK (30)</p> <p>27. Úgy gondolod, hogy a házasság előtti szex elfogadható?</p> <p>1. Igen 2. Inkább igen, mint nem 3. Inkább nem, mint igen 4. Nem 5. Nem kíváncsi választás</p>				
<p>IV. ATTITÜDDEL KAPCSOLATOS KÉRDÉSEK</p> <p>28. Gondolkodtál valaha is olyan problémákról, amelyek a saját használatod vagy kevésbé fejlett országokat érintenek?</p> <p>1) Igen 2) Nem</p>				
<p>29. Hallottál már az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljairól (Millennium Development Goals, MDG)?</p> <p>1. Talán</p> <p>Igen Nem Nem tudom</p>				
<p>30. Váleményed szerint, a hazád tesz valamit, hogy támogatasson másokat, és megfelelően válaszoljon a globális fejlesztési kihívásokra?</p> <p>1. Igen Nem Nem tudom</p>				

31. ...Támogathad, hogy a házad-segítsen más országokat? ...1. Átlagos	Igen Nem ..... a
V. TOVÁBBI KÉRDÉSEK A CSALÁDODRÓL ÉS AZ ÉLETKÖRÜMÉNYEDRŐL:	
32. ...Hol élsz? (Arra a helyre gondolt, ahol az otthonod van! Ez lehet más, a hely, ahol a tanulmányaid miatt tartózkodsz.) ...1. Átlagos	Főváros* város* Város* Falú* ..... a
33. Milyen keresőtevékenységet végez édesapád? Ha mostohaapával vagy nevelőapával élsz, akkor a gondoltját. Ha édesapád meghalt, és nincs se mostohaapád, se nevelőapád, azt írd be, hogy mi volt édesapád foglalkozása? Ha két háztartásban élsz, hol a mamával, hol pedig a papáddal, és van édesapád is és mostohaapád is, válaszod, a kiterjed, és a rá vonatkozó választ írd be! ..... a	1. Alkalmazott* 2. Önálló vállalkozó* 3. Munkanélküli állásban* 4. Gyermekgondozási vagy rokkantsági segély vagy táppénz* 5. Nyugdíjas* 6. Eltartott* 7. Másfajta elfoglaltság/munkája van* 8. Más okok miatt nem dolgozik* 9. Nem tudom* ..... a
34. ... Mit tudsz édesapád munkájáról? Ha mostohaapával vagy nevelőapával élsz, akkor a gondoltját. ..... a	1. Fizikai munkát végez* 2. Szellemi munkát végez* 3. Nem tudom* ..... a
35. Milyen keresőtevékenységet végez édesanyád? Ha mostohaanyával vagy nevelőanyával élsz, akkor a gondoltját. ..... a	1. Alkalmazott* 2. Önálló vállalkozó* 3. Munkanélküli állásban* 4. Gyermekgondozási vagy rokkantsági segély vagy táppénz* 5. Nyugdíjas* 6. Eltartott* 7. Másfajta elfoglaltság/munkája van* 8. Más okok miatt nem dolgozik* 9. Nem tudom* ..... a

36. Mit tudsz édesanyád munkájáról? Ha mostohaanyával vagy nevelőanyával élsz, akkor a gondoltját. ..... a	1. Alkalmazott* 2. Önálló vállalkozó* 3. Munkanélküli állásban* 4. Gyermekgondozási vagy rokkantsági segély vagy táppénz* 5. Nyugdíjas* 6. Eltartott* 7. Másfajta elfoglaltság/munkája van* 8. Más okok miatt nem dolgozik* 9. Nem tudom* ..... a
37. Mi a véleményed családodnak mennyire jó az anyagi helyzete? ..... a	1. Fizikai munkát végez* 2. Szellemi munkát végez* 3. Nem tudom* ..... a
38. Kérjük, add meg, hogy a vallással kapcsolatban melyik kategóriába tartozol? ..... a	1. Alkalmazott* 2. Önálló vállalkozó* 3. Munkanélküli állásban* 4. Gyermekgondozási vagy rokkantsági segély vagy táppénz* 5. Nyugdíjas* 6. Eltartott* 7. Másfajta elfoglaltság/munkája van* 8. Más okok miatt nem dolgozik* 9. Nem tudom* ..... a
39. A hitel kapcsolatban mi a jellemző rád? ..... a	1. Alkalmazott* 2. Önálló vállalkozó* 3. Munkanélküli állásban* 4. Gyermekgondozási vagy rokkantsági segély vagy táppénz* 5. Nyugdíjas* 6. Eltartott* 7. Másfajta elfoglaltság/munkája van* 8. Más okok miatt nem dolgozik* 9. Nem tudom* ..... a

## 2. melléklet: a 2. fázis kérdőíve

### PhD Egészségmagatartási kérdőív

A kitöltés körülbelül 20 percig tart.

Köszönjük a segítséget :)

#### Alkoholfogyasztási szokások

---

1. Mivel az italok jókedvet keltenek, így bizonyos események alkalmával gyakori a fogyasztása (pl: ünnepek, éjszakai bulizás, baráti vagy családi összejövetel, stb)

Mennyi alkoholt fogyasztasz?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ nem fogyasztok alkoholt
- ☐ ritkán fogyasztok alkoholt
- ☐ csak ha valamilyen különleges alkalmakkor fogyasztok alkoholt
- ☐ gyakran fogyasztok
- ☐ rendszeresen

2. Hány éves voltál, amikor először kóstoltál alkohol tartalmú italt?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ - válassz -
- ☐ kevesebb, mint 10
- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12
- ☐ 13
- ☐ 14
- ☐ 15
- ☐ 16
- ☐ 17
- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 20 évesnél idősebb
- ☐ még nem fogyasztottam alkoholt

**3. Milyen gyakorisággal iszol alkoholos italt?**

*Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ nem iszom
- ☐ hetente többször
- ☐ heti egyszer
- ☐ 2-3 hetente
- ☐ havonta
- ☐ 3 havonta
- ☐ 6 havonta
- ☐ évente egyszer
- ☐ ritkábban, mint évente

**4. Milyen alkoholos italokat fogyasztottál az utóbbi 6 hónapban (ha fogyasztottál)?**

.....

.....

.....

.....

### **Dohányzási szokások**

---

**5. Dohányzol?**

*Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

### **Drogfogyasztási szokások**

---

**6. Vannak olyan országok, ahol engedélyezettek a stimuláns drogok (pl: amfetaminok: speed, ecstasy; kokain; nikotin; koffein; fogyasztó tableta, stb.)**

*Éltél-e már a stimuláns drogok lehetőségével*

*Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**7. Ha dohányzol, akkor hány dobozzal szívsz el naponta?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ kevesebb, mint fél doboz
- ☐ fél doboz
- ☐ 1 doboz
- ☐ 1,5 doboz
- ☐ 2 doboz
- ☐ több, mint 2 doboz

**8. Ha igen, akkor milyen fajtát próbáltál ki?**

Drog és / vagy dohánytermék

---

---

---

---

---

**9. Milyen gyakorisággal használ sz stimuláns drogot?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ nem használok
- ☐ szinte minden nap
- ☐ heti egy alkalom
- ☐ havi egy alkalom
- ☐ 3 havonta
- ☐ 6 havonta
- ☐ évente egyszer
- ☐ ritkábban, mint évente

**Reproduktív egészséggel kapcsolatos ismeretek**

**10. Milyen forrásból tájékozódta idáig szexuális kérdésekkel kapcsolatban?**

*Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- ☐ internetről
- ☐ újságokból, magazinokból
- ☐ szakfolyóiratokból, szakmai könyv, oktató anyag, ismeretterjesztő
- ☐ a televízióból
- ☐ partneremtől, volt partneremtől
- ☐ szüleimtől
- ☐ testvére(i)mtől
- ☐ kortárssegítő egészségfejlesztőtől
- ☐ barátaimtól
- ☐ volt tanáraimtól
- ☐ osztálytársaimtól
- ☐ nőgyógyász/urológus
- ☐ védőnő, háziorvos, iskolaorvos
- ☐ egyéb

**11. Kivel beszéled/beszélnéd meg a szexuális problémáidat?**

*Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- ☐ a partneremmel
- ☐ a barátaimmal
- ☐ a szüleimmel
- ☐ a rokonaimmal (pl: nagyszülők, unokatestvérek, nagynéni, nagybácsi, stb.)
- ☐ a testvéremmel
- ☐ az osztálytársaimmal
- ☐ a pszichológussal
- ☐ a(z) nőgyógyászommal/urológusommal
- ☐ senkivel
- ☐ egyéb

**12. Milyen párkapcsolat felelne meg neked legjobban?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ egy életre szóló, kizárólagos párkapcsolat (pl: házasság)
- ☐ egymást követően több, kizárólagos kapcsolat
- ☐ egy állandó és több, ideiglenes kapcsolat
- ☐ függetlenségemet nem veszélyeztető kapcsolatok
- ☐ egyedüllét
- ☐ egyéb

**13. Mi a véleményed a házasság intézményéről ?**

*Soronként csak egy oválist jelölj be.*

- ☐ támogatom
- ☐ elavultnak tartom
- ☐ papír nélkül is lehet kapcsolatban élni
- ☐ csak a gyerekek miatt szükséges
- ☐ elutasítom
- ☐ egyéb

**14. Megengedhetőnek tartod-e az alábbi jelenségeket? (természetesen, semmiképpen, csak feltételekkel)**

*Soronként csak egy oválist jelölj be.*

	megengedhető	csak feltételekkel engedhető meg	semmiképpen sem engedhető meg
„Félrelépés”, megcsalás, külső kapcsolattartás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Csoportszex (vagy ilyen összejöveteleken aktív részvétel)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Homoszexuális kapcsolatok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nemi kapcsolat(ok) házasság előtt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nudizmus (meztelen strandolás)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Önkielégítés (férfinél, nőnél egyaránt)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poliandria (többférjűség)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poligámia (többnejűség)/	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pornográf képek, videók, írások használata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prostitúció (üzletszerű szex)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sztriptíz (erotikus vetkőzés) nézése	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15. Hány éves voltál, amikor az első szexuális kapcsolatod megtörtént?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ - válassz -
- ☐ kevesebb, mint 10 éves
- ☐ 10
- ☐ 11
- ☐ 12
- ☐ 13
- ☐ 14
- ☐ 15
- ☐ 16
- ☐ 17
- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ több, mint 20 éves
- ☐ még nem volt szexuális kapcsolatom

**16. Jelenleg van partnered?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**17. Ha van jelenleg partnered, akkor mi jellemző a partnered életkorára?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ velem egy idős
- ☐ egy kicsit fiatalabb nálam
- ☐ sokkal fiatalabb nálam
- ☐ egy kicsit idősebb nálam
- ☐ sokkal idősebb nálam

**18. Ha van jelenleg partnered, akkor mi jellemző a partnered iskolázottságára?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Velem azonos végzettségű
- ☐ Nálam alacsonyabb végzettségű
- ☐ Nálam magasabb végzettségű



**19. Ha van jelenleg partnered, akkor mi jellemző a partnered világnézetére?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ velem azonos vallású
- ☐ tőlem különböző vallású
- ☐ nem vallásos

**20. Mi jellemző a partnerideálad (az általad ideálisnak tartott partnered) életkorára?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Legyen velem kb. egyidős
- ☐ Legyen fiatalabb pár évvel
- ☐ Legyen idősebb pár évvel
- ☐ Az ő életkora számomra nem lényeges

**21. Mi jellemző a partnerideálad (az általad ideálisnak tartott partnered) iskolázottságára?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Legyen hozzám hasonló végzettségű
- ☐ Legyen nálam magasabb végzettségű
- ☐ Legyen inkább alacsonyabb végzettségű
- ☐ Az ő iskolázottsága számomra nem lényeges

**22. Mi jellemző a partnerideálad (az általad ideálisnak tartott partnered) világnézetére?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ Legyen vallásos, de nem kell, hogy velem azonos vallást képviseljen
- ☐ Ugyanolyan vallású legyen, mint én
- ☐ Ne legyen vallásos
- ☐ Az ő világnézete számomra nem lényeges

**23. Figyelembe véve az elmúlt 12 hónapot, milyen gyakorisággal létesítettél szexuális kapcsolatot?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ napi rendszerességgel
- ☐ heti 1-2 alkalommal
- ☐ hetente többször
- ☐ havonta 1-2 alkalommal
- ☐ 2-3 havonta
- ☐ 3-4 havonta
- ☐ 5-6 havonta
- ☐ több, mint 6 havonta
- ☐ évente egyszer
- ☐ ritkábban, mint évente
- ☐ még nem volt szexuális kapcsolat

## Fogamzásgátlás

24. Amikor van partnered, akkor hogyan oldjátok meg egymás között a védekezést a nemi aktus során?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ én nem védekezem, csak a partnerem védekezik
- ☐ én védekezem, de a partnerem nem
- ☐ egyikünk sem védekezik
- ☐ mindketten védekezünk

25. Amikor van partnered, akkor hogyan szoktatok partnereddel védekezni a nemi aktus során a nem kívánt terhesség ellen?

*Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- ☐ kondommal (óvszerrel)
- ☐ fogamzásgátló tablettával
- ☐ pesszáriummal
- ☐ méhspirállal
- ☐ kémiai eszközzel (zselé, hüvelykúp stb.)
- ☐ megszakított közösüléssel
- ☐ természetes módszerekkel (peteérés körüli napok kihagyása -naptármódszer, hőmérőzés, hüvelyváladék állagának segítségével stb.)
- ☐ sterilizálással
- ☐ fogamzásgátló implantátummal (bőr alá beültethető pálcika)
- ☐ fogamzásgátló injekció (homon tartalmú injekció)
- ☐ fogamzásgátló tapasszal
- ☐ hüvelygyűrűvel
- ☐ méhen belüli eszköz (spirál, IUD)
- ☐ petevezeték elktése
- ☐ ondóvezeték elktése
- ☐ ezek közül egyik módszert sem használjuk
- ☐ egyéb módszer

**26. Az elmúlt 12 hónapban milyen fogamzásgátló módszert használtál te vagy a partnered**

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ kondommal (óvszerrel)
- ☐ fogamzásgátló tablettával
- ☐ pesszáriummal
- ☐ méhspirállal
- ☐ kémiai eszközzel (zselé, hüvelykúp stb.)
- ☐ megszakított közösüléssel
- ☐ természetes módszerekkel (peteérés körüli napok kihagyása -naptármódszer, hőmérőzés, hüvelyváladék állagának segítségével stb.)
- ☐ sterilizálással
- ☐ fogamzásgátló implantátummal (bőr alá beültethető pálcika)
- ☐ fogamzásgátló injekció (hormon tartalmú injekció)
- ☐ fogamzásgátló tapasszal
- ☐ hüvelygyűrűvel
- ☐ méhen belüli eszköz (spirál, IUD)
- ☐ petevezeték elköttetése
- ☐ ondóvezeték elköttetése
- ☐ ezek közül egyik módszert sem használjuk
- ☐ egyéb módszer
- ☐ semmit
- ☐ nem volt partnerem az elmúlt 12 hónapban

**27. Véleményed szerint az előzőekből melyek a megbízható, illetve a bizonytalan fogamzásgátló módszerek?**

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

	megbízható
kondom (óvszer)	<input type="radio"/>
fogamzásgátló tabletta	<input type="radio"/>
pesszárium	<input type="radio"/>
méhspirál	<input type="radio"/>
kémiai eszköz (pl: zselé, hüvelykúp)	<input type="radio"/>
megszakított közösülés	<input type="radio"/>
természetes módszer (pl: naptármódszer)	<input type="radio"/>
sterilizálás	<input type="radio"/>
fogamzásgátló implantátum	<input type="radio"/>
fogamzásgátló injekció	<input type="radio"/>
fogamzásgátló tapasz	<input type="radio"/>
hüvelygyűrű	<input type="radio"/>
petevezeték elköttetése	<input type="radio"/>
ondóvezeték elköttetése	<input type="radio"/>
méhen belüli eszköz (spirál, IUD)	<input type="radio"/>

28. Véleményed szerint mi a legbiztosabb védekezési módszer a szexuális úton terjedő betegségekkel szemben?

---

---

---

---

---

29. Előfordult már, hogy nem védekeztetek semmivel a közösülés alkalmával?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ igen  
☐ nem

30. Előfordult már, hogy sürgősségi tablettát kellett bevenned neked vagy a partnerednek?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ igen  
☐ nem

31. Milyen gyakran jársz nőgyógyászhoz/urológushoz?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ még nem voltam  
☐ csak a szükséges szűrővizsgálatokra járok  
☐ csak akkor megyek el, ha valamilyen problémám adódik  
☐ gyakrabban járok

32. Mi a véleményed az abortuszról?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem értek vele egyet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	teljes mértékben egyetértek vele

33. Hányszor kellett eddig neked vagy a partnerednek művi abortuszon átesned/átesnie?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ 0  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ több, mint 3 alkalommal

34. Szerinted mekkora az esélye, hogy elkapsz valamilyen szexuális úton terjedő betegséget (hány %)?

---

35. Hány szexuális partnered volt idáig?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ több, mint 10 partner

36. Hány szexuális partnered volt az idei évben?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ több, mint 10 partner

**37. Hány szexuális partnered volt az előző három hónap alatt?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10
- ☐ több, mint 10 partner

**38. Volt-e több szexuális partnered egy időben/párhuzamosan (egy tartós kapcsolat mellett egy vagy több másik partner)**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**39. Ha az előző kérdésre igennel válaszoltál, akkor a jelenlegi partnereden kívül van-e még partnered?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**40. Előfordult már, hogy egy szexuális együttlét során egyszerre több partnerrel voltál együtt (egyszerre több partnerrel létesítettél szexuális kapcsolatot)?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**41. Milyen a szexuális beállítottságod?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ heteroszexuáli
- ☐ homoszexuális
- ☐ biszexuális

**42. Milyen közösülési formákat használtak partnereddel?**

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ vaginális (hüvelyi)
- ☐ orális (szájjal)
- ☐ anális (végbél)

**43. Szoktatok-e óvszerrel védekezni az alábbi együttlétformák során során?**

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	többször	néha	nem	nem használjuk ezt a közösülési módot
vaginális (hüvelyi) közösülés során	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
orális (szájjal) közösülés során	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
anális (végbél) közösülés során	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**44. Az elmúlt 12 hónapban, milyen gyakorisággal használtak óvszert az alábbi szexuális együttlétformák során?**

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	nem volt ilyen	többször használtunk óvszert	néha használtunk óvszert	nem használtunk óvszert
Vaginális közösülés során	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Orális közösülés során	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anális közösülés során	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

45. Az elmúlt 12 hónapban, ha nem használtatok óvszert, akkor annak mi volt az oka?

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ kényelmetlen
- ☐ csökkenti az érzékenységet
- ☐ megbízom a szexuális partneremben
- ☐ a szexuális partner nem hajlandó használni
- ☐ a szexuális partner kérte, hogy ne használjátok
- ☐ nem volt óvszer nálunk
- ☐ nem tudunk mindig óvszert vásárolni, mert drága
- ☐ a partnered vagy te más fogamzásgátló módszert használ/használsz
- ☐ befolyásolja a pénisz erekción
- ☐ zajt kelt a szexuális együttlét során
- ☐ elveszi a kedvet a szextől
- ☐ azt mutatja, hogy a szex rossz, mocskos dolog
- ☐ nem szexi
- ☐ bizalmatlanságot okoz, hűtlenséget feltételez
- ☐ nehéz felhelyezni
- ☐ egyéb

46. Volt valaha olyan szexuális úton terjedő betegség, melyet orvos diagnosztizált?

Soranként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ igen
- ☐ nem

47. Ha volt már szexuális úton terjedő betegség, akkor mi volt a betegség neve?

---

---

---

---

---

### Szexuális úton terjedő betegségek



**48. Jelöld az alábbi módok közül, hogyan terjed a HIV fertőzés!**

*Soronként csak egy oválist jelölj be.*

megfertőződhetsz vele ilyen módon	
kézfogás	<input type="checkbox"/>
puszi	<input type="checkbox"/>
uszoda	<input type="checkbox"/>
intravénás drog használat tűmegosztás nélkül	<input type="checkbox"/>
wc ülőke használat	<input type="checkbox"/>
csókolózás	<input type="checkbox"/>
orális szex	<input type="checkbox"/>
anális szex	<input type="checkbox"/>
vaginális/hüvelyi szex	<input type="checkbox"/>
vérátömlesztés	<input type="checkbox"/>
rovarcsípés	<input type="checkbox"/>
csecsemőszoptatás	<input type="checkbox"/>
intravénás drog használata közös injekcióval	<input type="checkbox"/>
orvosi vizsgálat	<input type="checkbox"/>
fogorvosi vizsgálat	<input type="checkbox"/>

**49. Mennyit tudsz az alábbi betegségekről?**

*Soronként csak egy oválist jelölj be.*

	elegendő tudásom van róla	halottam már róla	még nem hallottam róla
AIDS/HIV	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Szifilisz (Syphilis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nemiszerv herpesze (Genital herpes)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gonorrhoea (tripper, kankó)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
HPV (Human Papilloma Vírus)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nemi szemölcs (Genital wart)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Candida	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kismedencei gyulladásos betegség (pelvic inflammatory disease)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Chlamydia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trichomonas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
BV (Bakteriális vaginosis)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hüvelyi folyás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fekély	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Condyloma (hegyesfüggőly, kakastaréj)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lymphogranuloma venereum (LGV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inguinalis bubo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bakteriális vaginózisok (BV)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Húgycső gyulladás	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Donovanosis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

50. A véleményed szerint, a listában látható betegségek közül, melyek átvadhatóak és / vagy szerezhetőek szexuális érintkezés útján?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	átadható/megszerezhető szexuális érintkezés útján
AIDS/HIV	<input type="radio"/>
Szifilisz (Syphilis)	<input type="radio"/>
Nemiszerv herpesze (Genital herpes)	<input type="radio"/>
Gonorrhoea (tripper, kankó)	<input type="radio"/>
HPV (Human Papilloma Vírus)	<input type="radio"/>
Nemi szemölcs (Genital wart)	<input type="radio"/>
Candida	<input type="radio"/>
Kismedencei gyulladásos betegség (pelvic inflammatory disease)	<input type="radio"/>
Clamidia	<input type="radio"/>
Trichomonas	<input type="radio"/>
BV (Bakteriális vaginosis)	<input type="radio"/>
Hüvelyi folyás	<input type="radio"/>
Fekély	<input type="radio"/>
Condyloma (hegyesfüggőly, kakastaréj)	<input type="radio"/>
Lymphogranuloma venereum (LGV)	<input type="radio"/>
Inguinalis bubo	<input type="radio"/>
Bakteriális vaginózisok (BV)	<input type="radio"/>
Húgycső gyulladás	<input type="radio"/>
Donovanosis	<input type="radio"/>

51. Válassz ki 3 fő hírforrást, amin keresztül bármilyen hasznos információt kaptál a listában lévő témakörökkel kapcsolatban!

Jelöld be, hogy véleményed szerint mennyire megbízhatók az információd forrásai! Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	megbízható forrás	nem megbízható forrás
rádió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
újság / magazin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
televízió	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
vallási közösség	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
iskola	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
család	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
barátok/kollégák	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nem kormányzati szervezetek	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
plakátok, szórólapok	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
szakkönyv	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
orvos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**52. Hallottál már a női óvszerről (pesszáriumról)?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen  
☐ nem

**53. Használtál már te vagy a partnered női óvszert (pesszáriumot)?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen  
☐ nem

**54. Ha használtak már partnereddel pesszáriumot, akkor jelenleg is használjátok / tervezték-e továbbra is használni?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen  
☐ nem

**55. Ha te már használtál pesszáriumot, akkor mi volt a véleményed?**

*Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- ☐ közömbös  
☐ tetszett  
☐ nem tetszett  
☐ fokozott érzékenységet okozott  
☐ csökkentette az érzékenységet  
☐ megkönnyítette a szexuális kapcsolatot  
☐ akadályozta a közösülést  
☐ érdekes érzést keltett bennem  
☐ szexis volt  
☐ nem volt szexis  
☐ kellemetlen hangot adott ki számomra  
☐ egyéb

56. Ha a partnered használt női óvszert, akkor mi volt a véleménye róla?

*Válassza ki az összeset, amely érvényes.*

- ☐ közömbös
- ☐ tetszett neki
- ☐ nem tetszett neki
- ☐ fokozott érzékenységet okozott neki
- ☐ csökkentette az érzékenységet
- ☐ megkönnyítette a szexuális kapcsolatot
- ☐ akadályozta a közösülést
- ☐ érdekes érzést keltett benne
- ☐ szexisnek találta
- ☐ nem találta szexisnek
- ☐ kellemetlen hangot adott ki számára
- ☐ egyéb

### **Gyermekvállalással / gyermekneveléssel kapcsolatos kérdések**

57. Van gyermeked?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ van
- ☐ nincs

58. Ha azt válaszoltad az előző kérdésre, hogy van, akkor hány éves az elsőszülött gyermeked?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ - válassz -
- ☐ pár hónapos
- ☐ fél éves
- ☐ 1 éves
- ☐ 1,5 éves
- ☐ 2 éves
- ☐ 2,5 éves
- ☐ 3 éves
- ☐ 4 éves
- ☐ 5 éves
- ☐ 6 éves
- ☐ 7 éves
- ☐ 8 éves
- ☐ 9 éves
- ☐ 10 éves
- ☐ több, mint 10 éves

59. Ha még nincs gyermeked, akkor mikorra tervezed/tervezitek az első gyermeket?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ mostanában
- ☐ 1 éven belül
- ☐ 1 év múlva
- ☐ 2 év múlva
- ☐ 3 év múlva
- ☐ 4 év múlva
- ☐ 5 év múlva, vagy azon túl
- ☐ az esküvő után bármikor
- ☐ nem szeretné(n)k gyermeket vállalni

60. Hány gyermeket szeretnél / szeretnétek?

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ több, mint 4 gyermeket
- ☐ Option 7

**61. Ha valamilyen orvosi okból kifolyólag (pl: meddőség) nem lehet gyermeketek, akkor mit szándékoztok tenni?**

*tovább próbálkozunk hagyományos úton  
Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ tovább próbálkozunk hagyományos úton
- ☐ tovább próbálkozunk mesterséges megtermékenyítéssel
- ☐ örökbe fogadunk
- ☐ béranyát fogadunk
- ☐ lemondunk a gyerekvállalásról
- ☐ egyéb

**62. Vallásos vagy ateista-humanista nevelést szántok a gyermeketeknek?**

*Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ vallásos lesz, vallásos nevelésben részesül
- ☐ nem lesz vallásos, ateista nevelésben részesül
- ☐ nem kereszteljük meg, de szeretnénk, ha majd felvenne valamilyen vallást (szabadon választhat)

**63. Egyedülálló szülőként hogyan nevelné a gyermekedet?**

*Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ egyedül, segítség nélkül nevelném fel
- ☐ szülői, nagyszülői, rokoni segítséget vennék igénybe
- ☐ ha megengedhetném babysitter vennék fel hozzá
- ☐ egyéb

## Háttérkérdőív

**64. Nemed?**

*Soranként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ férfi
- ☐ nő

**65. Életkorod?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ - válassz -
- ☐ 17 év alatti
- ☐ 17
- ☐ 18
- ☐ 19
- ☐ 20
- ☐ 21
- ☐ 22
- ☐ 23
- ☐ 24
- ☐ 25
- ☐ 26
- ☐ 27
- ☐ 28
- ☐ 29
- ☐ 30
- ☐ több, mint 30 éves

**66. Testvéreid száma?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ 0
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ több, mint 4

**67. Vallásod?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ nem vagyok vallásos
- ☐ római katolikus
- ☐ református
- ☐ evangélikus
- ☐ baptista
- ☐ ortodox
- ☐ izraelita
- ☐ felekezeten kívüli
- ☐ egyéb



**68. Vallásgyakorlási szokásaid?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ nem vagyok hívő
- ☐ hívő vagyok de nem járok templomba
- ☐ csak ünnepekkor járok templomba (például: karácsony, húsvét, stb.)
- ☐ többször is eljárok egy évben
- ☐ rendszeresen járok templomba
- ☐ egyéb

**69. Családi állapotod?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ egyedülálló vagyok
- ☐ kapcsolatban élek
- ☐ élettársi kapcsolatban élek
- ☐ házas vagyok
- ☐ elvált vagyok
- ☐ külön élek (nem váltam el)
- ☐ özvegy vagyok

**70. Az elmúlt 6 hónapban volt valamilyen pénzkereső tevékenység?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**71. Megyéd, ahol laksz?**

Külföldiként: hol laksz most?

Soronként csak egy oválist jelölj be.

- ☐ - válassz -
- ☐ Bács-Kiskun
- ☐ Baranya
- ☐ Békés
- ☐ Borsod-Abaúj-Zemplén
- ☐ Budapest
- ☐ Csongrád
- ☐ Fejér
- ☐ Győr-Moson-Sopron
- ☐ Hajdú-Bihar
- ☐ Heves
- ☐ Jász-Nagykun-Szolnok
- ☐ Komárom-Esztergom
- ☐ Nógrád
- ☐ Pest
- ☐ Somogy
- ☐ Szabolcs-Szatmár-Bereg
- ☐ Tolna
- ☐ Vas
- ☐ Veszprém
- ☐ Zala

**72. Lakhelyed típusa?**

Soronként csak egy oválist jelölj be.

- ☐ megyeszékhely
- ☐ város
- ☐ község
- ☐ falu
- ☐ tanya / külterület

**73. 1. Hol laksz jelenleg?:**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ szüleimmel élek
- ☐ albérletben lakom
- ☐ kollégiumban lakom
- ☐ saját lakásban élek
- ☐ partnerem lakásában lakom
- ☐ egy rokonomnál lakom
- ☐ egy barátomnál lakom
- ☐ egyéb

**74. Az elmúlt 6 hónapban kinek a társaságában töltötted el a legtöbb időt?**

*A leginkább jellemzőt válaszd ki*

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ egyedül
- ☐ családtagokkal
- ☐ párommal
- ☐ barátaimmal
- ☐ egyéb

**75. Mi az eddigi legmagasabb iskolai végzettséged?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ - válassz -
- ☐ szakiskola (érettségivel)
- ☐ szakközépiskola
- ☐ gimnázium
- ☐ felsőfokú szakképzés /OKJ-s képzés
- ☐ főiskola
- ☐ egyetem
- ☐ doktori fokozat
- ☐ egyéb

**76. Mi az általad kitűzött legmagasabb iskolai fokozat?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ - válassz -
- ☐ felsőfokú szakképzés /OKJ-s képzés
- ☐ főiskola
- ☐ egyetem
- ☐ doktori fokozat

**77. Mi az édesapád (mostoha apád) legmagasabb iskolai végzettsége?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ - válassz -
- ☐ befejezetlen általános iskola
- ☐ általános iskola
- ☐ szakiskola / szakmunkásképző
- ☐ szakközépiskola
- ☐ gimnázium
- ☐ főiskola
- ☐ egyetem
- ☐ doktori fokozat

**78. Mi az édesanyád (mostoha anyád) legmagasabb iskolai végzettsége?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ - válassz -
- ☐ befejezetlen általános iskola
- ☐ általános iskola
- ☐ szakiskola / szakmunkásképző
- ☐ szakközépiskola
- ☐ gimnázium
- ☐ főiskola
- ☐ egyetem
- ☐ doktori fokozat

**79. Az elmúlt 6 hónapban, mivel töltötted a legtöbb szabadidődet?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ bármilyen fizikai aktivitással / sporttal
- ☐ tévé nézéssel
- ☐ számítógépezéssel
- ☐ zenehallgatással
- ☐ olvasással
- ☐ művészeti alkotás készítésével
- ☐ tanulással (iskola, vezetés, idegennyelv, stb)
- ☐ a barátaim társaságában
- ☐ a partnerem társaságában
- ☐ a családtagjaim társaságában
- ☐ egyéb

**Az iskolai felvilágosítással kapcsolatos kérdések**

80. Voltak-e az előző iskoláidban felvilágosító órák?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ igen  
☐ nem

81. Ha igen, akkor milyen jellegű felvilágosító órát tartottak?

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ szexuális felvilágosítás  
☐ droggal kapcsolatos felvilágosítás  
☐ alkohollal kapcsolatos felvilágosítás  
☐ egészséges életmóddal kapcsolatos felvilágosítás  
☐ családi neveléssel kapcsolatos felvilágosítás  
☐ egyéb

82. Hány felvilágosító órát tartottak neked az általános iskoládban? (Ha nem emlékszel pontosan, akkor körülbelüli értéket adj meg)

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ 0  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10  
☐ több, mint 10

83. Hány felvilágosító órát tartottak neked a középiskoládban? (Ha nem emlékszel pontosan, akkor körülbelüli értéket adj meg)

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ 0  
☐ 1  
☐ 2  
☐ 3  
☐ 4  
☐ 5  
☐ 6  
☐ 7  
☐ 8  
☐ 9  
☐ 10  
☐ több, mint 10

84. Értékelj egy 5 fokú skálán, hogy mennyire tartottak érdekes előadásokat!

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
egyáltalán nem tetszett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nagyon tetszett

85. Eredményezett-e benned ez(ek) a felvilágosítás(ok) valamilyen változást?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ igen, megváltozott a hozzáállásom ezekhez a témákhoz  
☐ nem, mert nem mondtak neki semmi újat  
☐ egyéb

86. Minden benned felmerült kérdésedre választ kaptál-e a felvilágosító óráid során?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ igen  
☐ nem

87. Hogy érezted magad a felvilágosító órákon?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

	1	2	3	4	5	
nagyon jól / kellemesen éreztem magam	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	nagyon kellemetlenül éreztem magam

**88. Bővült-e a tudásod a felvilágosítás után?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen, nagyon sokat tanultam
- ☐ igen, viszonylag több információval gazdagodtam
- ☐ nem, hallottam már az elhangzottakról

**89. Hasznosnak találtad-e a felvilágosító órákat?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**90. Fontosnak tartod-e az ilyen jellegű felvilágosító órákat?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**91. Egy külsős személynek bátrabban feltetted-e a kérdéseidet, mint ha a saját tanáraid tartották volna az előadás(oka)t?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**92. Szerinted szükség lenne-e több hasonló jellegű felvilágosító órára?**

*Soronként csak egy oválist jelöljön be.*

- ☐ igen
- ☐ nem

**93. Milyen témával kapcsolatban hallottál volna szívesen több felvilágosító órát?**

*Válassza ki az összezet, amely érvényes.*

- ☐ szexuális felvilágosítás
- ☐ droggal kapcsolatos felvilágosítás
- ☐ alkohollal kapcsolatos felvilágosítás
- ☐ egészséges életmóddal kapcsolatos felvilágosítás
- ☐ családi neveléssel kapcsolatos felvilágosítás
- ☐ szexuális felvilágosítás

94. Szerinted kinek leginkább a feladata a szexuális nevelés?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

- ☐ a szülőké  
☐ a tanároké  
☐ az egészségnevelőké  
☐ az iskolaorvosé  
☐ egyéb

### Utolsó kérdés :)

---

95. Hogy érezted magad a kutatás során?

Soronként csak egy oválist jelöljön be.

1	2	3	4	5
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

96. Ha van valamilyen észrevételed, akkor kérlek írd le!

---

---

---

---

---

**Köszönjük, hogy kitöltötted a kérdőívet!**


---

Üzemeltető:






### 3. melléklet: SZTE ÁOK és NJE-PK EEK Ariadne visszajelző lap



**IGAZOLÓLAP**



A tanár tollal kitű! / Az iskola bélyegzője:

Oszály: / Létszám: / A tanár aláírása:

Előadó(k) neve(i):

Előadás témája:

Előadás dátuma: szórólapok, óvszer, naplár, dia, video, könyv-folyóirat... külön?

Fiúk – lányok

Volt-e jelen tanár az előadáson a kérdésnél igen – nem?

Kérdezett-e a hallgatóság igen – nem?

Ha kérdezett: szóban – írásban?

Melyek voltak a leggyakrabban feltejt kérdések?

AIDS	SEX	DROG	ALKOHOL, DOHÁNYZÁS, EGYÉB
Eredete	Nemi alkalmasság	Elterjedtsége	Alkohol hatása
Jelenlegi helyzete	Nemi élet zavarai	Beszerezhetősége	Hozzászokás
Terjedési módok	Nemi úton terjedő betegségek	Kábítószer fajták	Leszokás
Fertőzés kockázata	Fogamzásgátlás	Kábítószer hatása	Megengedett mennyiség
	Óvszer		
	Tabletták	Tünetek	
Megelőzés		Hozzászokás	Dohányzás hatása
Tünetek	Nőgyógyászati vizsgálat	Leszokás leteletősége	Dohányzás tumork
Gyógyítás	Terhesség kimutatása	Nyugtatók – altatók	Hozzászokás
Kórokozó	Terhességmegszakítás		Leszokás
Jogi kérdések	Tampon használat		
	Onkológia		Öngyilkosság

Az Ön számára pozitív élmény volt-e az előadás megtartása igen – nem?

Ha igen, miért?

Volt-e negatív tapasztalata?

Van-e egyéb megjegyzése?

Köszönjük a lap kitöltését!  
<http://magtud.szte.u-szeged.hu>

#### Aszkliópiosz Egészségfejlesztő Program VISSZAJELZŐ LAP

Kecskeméti Főiskola, Tanítóképző Főiskolai Kar, Egészségstudományi és Egészségfejlesztési Kutatócsoport

- Előadó neve: .....
- Előadás témája: .....
- Előadás dátuma: .....  
Például: 2012. december 15.
- Demonstrációs anyagot vittek-e az előadásra?  
Soranként csak egy ovallist jelöljön be.  
☐ Igen ☐ nem
- Ha Igen, mit? .....
- Résztevéők:  
Soranként csak egy ovallist jelöljön be.  
☐ fiúk ☐ lányok ☐ vegyesen fiúk és lányok
- Volt-e jelen tanár az előadáson?  
Soranként csak egy ovallist jelöljön be.  
☐ csak az előadáson ☐ csak a kérdésnél ☐ mind az előadáson, mind a kérdésnél ☐ sehol nem volt jelen

11. Melyek voltak a leggyakoribb kérdések? ALKOHOL FOGYASZTÁS. DOHÁNYZÁS, ÖNGYILKOSSÁG témakörökben

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ Alkohol hatása
- ☐ Hozzászokás
- ☐ Leszokás lehetősége
- ☐ Megengedett mennyiség
- ☐ Alkohol hatásai a szervezetre
- ☐ Dohányzás hatásait a szervezetre
- ☐ Dohányzás és tumorok kialakulásának kapcsolata
- ☐ Hozzászokás
- ☐ Leszokás lehetősége
- ☐ Öngyilkosság

12. Az Ön számára milyen élmény volt az előadás?

Sorontként csak egy oválit jelöljön be.

	1	2	3	4	5
1, nagyon rossz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
nagyszemű					

13. Volt-e negatív tapasztalata?

.....

.....

.....

.....

.....

14. Egyéb megjegyzés?

.....

.....

.....

.....

.....

8. Melyek voltak a leggyakoribb kérdések? AIDS témakörben

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ Eredete
- ☐ Jelenlegi helyzete
- ☐ Terjedési módok
- ☐ Fertőzés kockázata
- ☐ Megelőzés
- ☐ Tünetek
- ☐ Gyógyítás
- ☐ Kórokozója
- ☐ Jogi kérdések

9. Melyek voltak a leggyakoribb kérdések? SZEXUALITÁS témakörben

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ Nemi érés és alkalmasság
- ☐ Nemi élet zavarai
- ☐ Nemi úton terjedő betegségek
- ☐ Fogamzásgátlás, óvszer, tabletták
- ☐ Nőgyógyászati vizsgálat
- ☐ Terhesség kimutatása
- ☐ Terhességmegszakítás
- ☐ Tampon használat
- ☐ Önkielégítés

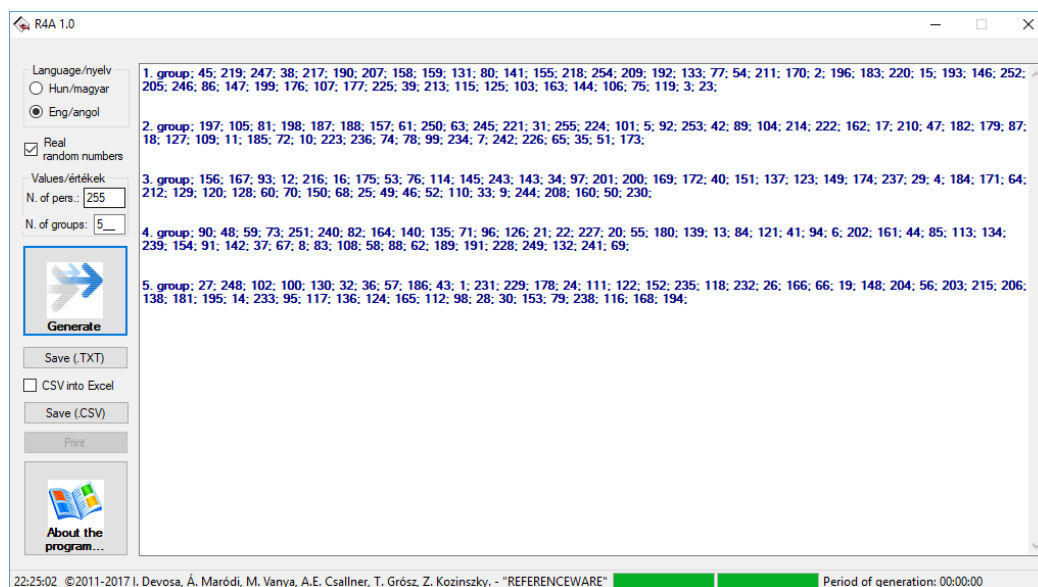
10. Melyek voltak a leggyakoribb kérdések? DROGHASZNÁLAT témakörben

Válassza ki az összeset, amely érvényes.

- ☐ Elterjedtsége
- ☐ Beszerzhetősége
- ☐ Kábítószer fajták
- ☐ Kábítószer hatása
- ☐ Tünetek
- ☐ Hozzászokás
- ☐ Leszokás lehetősége
- ☐ Nyugtatók, altatók hatása

## 4. melléklet: R4A 1.0: saját fejlesztésű Real Randomization for Representative Research Application

Az általam tervezett és fejlesztett Real Randomization for Representative Research Application verziója próbafutás közben: N=255 fős létszámmal, GN=5 csoportra bontással kevesebb, mint 1 másodperc alatt elkészült. A folyamat során a szoftver a létrejött random értékek uniqtítását rekurzívan ellenőrizte.



20. ábra. Az R4A („Real Randomization for Representative Research Application”) IDE felülete generálás után (N=255 fővel, GN=5 bontott csoportra)

A szoftver lényegi feladata, hogy a csoportelemszám alapján meghatározott számú alcsoportotokat hoz létre, úgy, hogy a csoportok generálásánál ún. valós véletlenszerűséget alkalmaz, az informatikában elterjedt pseudo-random generálás helyett. Számos nemzetközi kutatásban immár elvárás a véletlenszerű kiválasztás lehető legnagyobb szintű biztosítása, melyhez ezt a szoftvert is használják, főleg medikális kutatásokban.

A kutató feladata rendkívül egyszerű: a „Létszámnál” megadja, hogy hány fős a vizsgált minta, illetve a „Csoportszám”-nál, hogy mennyi vizsgálati csoportban gondolkodik. A vizsgált populáció itemjeit besorszámozza.

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
1	1. group	127	86	177	14	227	64	22	113	205	163
2											
3											
4	2. group	117	208	45	3	95	53	144	236	194	31
5											
6											
7	3. group	126	84	12	225	62	203	161	253	89	48
8											
9											
10	4. group	220	15	106	198	156	42	134	92	20	233
11											
12											
13	5. group	215	51	101	151	242	37	87	178	228	23

21. ábra. Az R4A outputja a Microsoft Excel 2016-ban automatikus megnyitás után

A program maximális kapacitása: 32767 item és 256 csoport. Természetesen ekkor a futásidő jelentősen megnő. A program az eredményeket szabványos szöveges állományba (TXT) és vesszővel tagolt értékeket tartalmazó fájlformátumba (CSV) is el tudja menteni, illetve a CSV esetében rendelkezhet úgy a kutató, hogy az adatokat töltsse be egy automatikusan elinduló Excel programba, további feldolgozás céljából. A mentett állomány alapértelmezett neve rav.txt, vagy rav.csv, fájltypustól függően.

A program .NET4.5.1 keretrendszert igényel a futásához. „Referenceware”, azaz ingyenes, azonban a közleményekben szerepeltetni kell a referenciák között a rá vonatkozó publikációt.